



Institutionen för hälsovetenskaper

Uppsatsarbete i folkhälsopedagogik
C-uppsats 20 poäng
(Folkhälsovetenskap 51-60 och pedagogik 51-60)

Hälsoinspiratören -
en del av en källa till
fysisk, psykisk och social hälsa

2007-05-07

Sara Gadd Andersson
Sofie Nilsson

Handledare: Ingemar Andersson

Examinatorer: Göran Ejlertsson
Bengt Selghed

Uppsats för filosofie kandidatexamen vid Högskolan Kristianstad
51-60 poäng i folkhälsovetenskap och 51-60 poäng i pedagogik

Gadd Andersson, S. & Nilsson, S. (2007). *Hälsoinspiratören – en del av en källa till fysisk, psykisk och social hälsa* (53 s).

Handledare: Ingemar Andersson

Sammanfattning

Det är viktigt att se hälsa ur ett helhetsperspektiv där den sociala, fysiska samt psykiska hälsan ingår. Människan tillbringar en stor del av sitt liv på arbetsplatsen, det är därför en viktig arena att arbeta hälsofrämjande med. Hälsofrämjande sjukhus är ett exempel på en sådan arena. För hälsofrämjande sjukhus är det bland annat viktigt att främja den egna personalens hälsoutveckling i en positiv riktning, med hjälp av en aktiv kunskapsförmedling. På arbetsplatsen är det viktigt med nyckelpersoner som kan förmedla kunskap om hälsans villkor till övriga anställda. En sådan nyckelperson kan vara hälsoinspiratören. Syftet var att på Centralsjukhuset Kristianstad undersöka de anställdas syn på hälsoinspiratörens roll, om de motiverade till sundare levnadsvanor samt synen på hälsoinspiratörernas kunskapsförmedling. En kvantitativ metod valdes och en enkätundersökning genomfördes bland 794 anställda. Resultatet visade att hälften av respondenterna visste vem hälsoinspiratören var. Majoriteten av de anställda såg hälsoinspiratören som källa till inspiration. Resultatet visade att tre fjärdedelar av respondenterna var positivt inställda till hälsoinspiratörens roll och såg hälsoinspiratören som bland annat källa till inspiration. En tiondel ansåg sig ha blivit motiverade till hälsosammare val av hälsoinspiratören. Majoriteten av respondenterna ställde sig neutrala till hälsoinspiratören gällande kunskapsförmedling. Slutsatsen av studien är att hälsoinspiratören kan fungera som en nyckelperson gällande socialt stöd och som källa till motivation för hälsosammare val. För att hälsoinspiratörens roll ska utvecklas och fungera på bästa sätt behövs mer tid och utbildning.

Nyckelord: hälsofrämjande arbetsplats, kommunikation, motivation, socialt stöd, kunskapsförmedling, lärande

Dissertation in partial fulfilment of the requirements for a Bachelor's degree in Health promotion and Education, Kristianstad University
Equivalence 10 credits, Public Health Science and 10 credits Education

Authors: Gadd Andersson, S. & Nilsson, S. (2007). *"The inspirer of health" - a part of a source to physical, psychic and social health* (53 p).

Supervisor: Ingemar Andersson

Abstract

It is very important to see health from an overall view where the social, physical and psychological healths are included. The human being spends a great part of their lives at work. Because of that it is an important arena in which to work with health promotion. The Health promoting Hospital is an example of such an arena. It is important in The Health promoting Hospital to promote the staff's own health in a constructive aim, taking help from active mediation of knowledge. At a workplace it is important to have key persons who can mediate knowledge about the health conditions to the employees. "The inspirer of health" is an example of such a key person. The aim was to examine the employees view on the role of "the inspirer of health", whether they motivate to healthier way of living and the view on their knowledge mediation. A quantitative method was chosen and a questionnaire took place among 794 employees. The result revealed that half of the respondents had knowledge about who "the inspirer of health" was. The majority of the employees saw "the inspirer of health" as a source to inspiration. The result revealed that three out of four were positive to the role of "the inspirer of health" and saw them as a source of inspiration. One out of ten said they had been motivated to healthier choices by "the inspirer of health". The majority of the respondents was taking a neutral point of view about knowledge mediation by the "the inspirer of health". The final scene of the study is that "the inspirer of health" can work as a key person regarding social support and as a source to motivate persons to healthier choices. To insure that the role of "the inspirer of health" will develop and work for the best there needs to be more time and education for all parts involved.

Keywords: health promoting workplace, communication, motivation, social support, mediate knowledge, learning

Förord

När detta skrivs är det endast några veckor kvar innan vi tar vår examen på det folkhälsovetenskapliga programmet på Högskolan i Kristianstad. Vi valde att skriva uppsatsen tillsammans eftersom vi har samma intresseområden inom folkhälsovetenskap. Vår process med att skriva C-uppsatsen har varit lång men lärorik. Vi har valt att skriva uppsatsens alla delar tillsammans eftersom vi vill att hela uppsatsen ska speglas av oss båda. Vi upplever att vi har kompletterat varandra mycket väl och vi har under hela processen haft livliga diskussioner och utbyten av idéer mellan oss. När skrivandet känts tungt och omotiverat har vi stöttat och uppmuntrat varandra.

Processen kan liknas vid en bergsklättring där noggrant arbete gjordes i förberedande syfte innan själva klättringen tog fart. Vi har klättrat på branta bergsväggar men även gått på bekväma stigar. När vi kommit högre och högre, närmare toppen har syrehalten sjunkit. Sista etappen har varit den tuffaste men ändå med stor optimism om att nå toppen. Några meter från toppen gjorde vi ett rejält ryck genom att åka till Immelns vandrarhem och skriva ostört i två dagar och en natt. Vi har nu nått toppen och kan njuta av utsikten, utmattade både fysiskt och psykiskt men med en euforisk känsla av att vi klarade det!

Vi riktar ett tack till de på Centralsjukhuset i Kristianstad som hjälpt oss under vårt uppsatsskrivande. Vi vill tacka Eva Rosenqvist som varit vår kontaktperson samt Ann-Christin Dahlström som hjälpt oss med det praktiska med enkäterna. Vi riktar även ett tack till de anställda som besvarade vår enkät och som därmed bidrog till att det hälsofrämjande arbetet på CSK i framtiden ytterligare kan utvecklas.

Vi tackar vår bihandledare Elisabet Malmström för givande kommentarer och tankar under vårt skrivande. Ett tack även till Pär Pettersson som har varit ett mycket färgstarkt och inspirerande inslag under våra gemensamma träffar med de andra som gjort undersökningar på CSK.

Vi vill slutligen rikta ett stort och varmt tack till vår handledare Ingemar Andersson som guidat oss framåt med sin pedagogiska och positiva personlighet. Hans stora och tålmodiga engagemang och hans motiverande och uppmuntrande ord under vår process har varit ovärderligt.

Sara Gadd Andersson och Sofie Nilsson

Kristianstad 4 maj, 2007.

Innehållsförteckning

1. Inledning	7
2. Litteraturgenomgång	8
2.1 Hälsans holistiska perspektiv	8
2.2 Hälsöfrämjande arbetsplats	9
2.3 Lärande.....	11
2.3.1 <i>Kommunikation</i>	11
2.3.2 <i>Motivation</i>	12
2.4 Hälsopedagogik.....	13
2.5 Problemprecisering.....	14
3. Syfte	14
4. Teoretiska utgångspunkter	14
4.1 Salutogent perspektiv	15
4.1.1 <i>KASAM</i>	15
4.1.2 <i>Empowerment</i>	16
4.2 Sociokulturellt perspektiv	16
4.3 Beteendeförändringar	17
5. Material och metod	19
5.1 Val av datainsamlingsmetod	19
5.1.1 <i>Enkätkonstruktion</i>	20
5.2 Urval.....	20
5.2.1 <i>Pilotstudie</i>	21
5.3 Datainsamling.....	21
5.4 Databearbetning	22
5.4.1 <i>Nya indelningar av variablerna</i>	22
5.5 Etiska överväganden	23
6. Resultat	24
6.1 Basfakta gällande undersökningsgruppen.....	24
6.2 Kunskaper om hälsoinspiratören.....	26
6.3 Synen på hälsoinspiratörens roll	28
6.4 Motivation och inspiration genom hälsoinspiratören.....	30
6.5 Hälsoinspiratörens kunskapsförmedling	31
6.6 Sammanfattning av resultatet	32
7. Diskussion	33
7.1 Kunskaper om hälsoinspiratören.....	33
7.2 Synen på hälsoinspiratörens roll	34
7.4 Motivation och inspiration genom hälsoinspiratören.....	35
7.5 Hälsoinspiratörens kunskapsförmedling	36
7.8 Metoddiskussion.....	38

8. Slutsats och folkhälsopedagogisk relevans	39
9. Litteraturförteckning.....	40

Bilagor

1. Följebrev
2. Påminnelsebrev
3. Enkätformulär

1. Inledning

Det är människans totala livssituation som skapar hennes hälsa. Det är viktigt att se hälsan ur ett holistiskt perspektiv där den sociala, fysiska samt psykiska hälsan ingår (Angelöw, 2002). Genom begrepp som friskfaktorer och hälsofrämjande riktas fokus allt mer åt att främja hälsa istället för att förebygga ohälsa (Unge, Schelp & Källestål, 2004). Världshälsoorganisationen (WHO) menar att hälsofrämjande åtgärder ska ske på arenor i samhället där hälsan kan utvecklas och bevaras (Hanson, 2004). Sådana stödjande arenor kan utgöras av närsamhälle, skolor och arbetsplatser (Naidoo & Wills, 2000). Genom att stärka den fysiska och sociala miljön främjas människors hälsa (Griffiths et al, 2006). Syftet med hälsofrämjande insatser är att motivera människor till att välja goda levnadsvanor och att stärka och utveckla individens identitet (Unge et al, 2004). Människor behöver möjlighet till att påverka sin hälsa och göra hälsosamma val samt erbjudas kunskap och inflytande över sin livssituation (Hanson, 2004). Hälsobudskap bör därför vara utformade så att de passar till de individer som ska ta emot dem och budskapen bör innehålla och tillgodose de önskingar som mottagarna har (Svederberg & Svensson, 2001).

Nationella folkhälsokommittén påpekar betydelsen som arbetsförhållandena har för individens hälsa (Regeringsproposition, 2002). Sverige tillhör ett av Europas friskaste länder i hänseende till högst förväntade friska livslängd. Samtidigt ligger Sverige i topp gällande förtidspensioneringar och sjukskrivningar (G. Ejlertsson, personlig kommunikation, 28 mars, 2007). Regeringens mål är att sjukskrivningarna ska halveras från år 2002 till år 2008. Regeringen har tagit fram elva nationella mål för att öka människors hälsa genom folkhälsoarbete. Målområde fyra handlar om ökad hälsa i arbetslivet och beskriver hur hälsosamma arbetsplatser kan leda till en förbättrad och mer jämlik folkhälsa. Arbetsplatsen bör erbjuda de anställda delaktighet, inflytande, flexibilitet och trygghet (Regeringsproposition, 2002).

WHO har skapat begreppet hälsofrämjande arbetsplats där även hälsofrämjande sjukhus ingår. 1991 bildade WHO nätverket Health Promoting Hospitals, hälsofrämjande sjukhus. Nätverket innefattar 625 sjukhus i 25 länder världen över där Europa är ledande. Hälsofrämjande sjukhus i Sverige grundades 1996 och i dag finns det 28 sjukhus i landet som är involverade. Kriterierna för medlemskapet är tydliga och handlar om att utveckla organisationen mot att vara mer hälso- och helhetsorienterade, förstärka sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser samt att verka som en hälsoresurs (Health Promoting Hospitals, 2006). De hälsofrämjande sjukhusen ska vara hälsosamma organisationer där människor ges möjligheten till att åstadkomma något, fungera i en kontext, växa och utvecklas (Nilsson, Hertting, Petterson & Theorell, 2005). De tre perspektiven patienter, medarbetare och befolkning ska vara i fokus. För att hälsofrämjande sjukhus ska kunna bidra till hälsosamma förändringar i samhället samt hos de egna anställda krävs en aktiv kunskapsförmedling. För hälsofrämjande sjukhus är det viktigt att främja den egna personalens hälsoutveckling i en positiv riktning (Health Promoting Hospitals, 2006).

Centralsjukhuset Kristianstad (CSK) är ett hälsofrämjande sjukhus. Friskvårdsenheten på CSK har utvecklat ett friskvårdsprogram där de anställda erbjuds att på fritiden delta i psykiska, fysiska och sociala aktiviteter. På varje avdelning på CSK finns det en till två hälsoinspiratörer, sammanlagt 43 stycken, varav en är man.

Hälsoinspiratörerna är ordinarie anställda som fått i uppdrag att motivera sina arbetskamrater till att använda friskvårdsprogrammet, arbeta engagerat i hälsofrågor och anordna aktiviteter. Enligt CSK: s arbetsbeskrivning för hälsoinspiratören bör denne vara en förtroendeingivande person, vara engagerad och intresserad i hälsofrågor samt verka som en resurs för arbetsledaren i friskvårdsfrågor. Det finns stöd att tillgå för hälsoinspiratörerna i deras arbetsuppgifter i form av utbildning och nätverksträffar (Friskvårdsenheten, personlig kommunikation, 2 april, 2007). Hälsoinspiratörerna kan utgöra en viktig del i det hälsofrämjande arbetet på arbetsplatser (Korpen, personlig kommunikation, 9 oktober, 2006).

Vi är intresserade av att undersöka synen på hälsoinspiratörens roll bland de anställda på CSK, då hälsoinspiratörerna är en del i det hälsofrämjande arbetet. Vi vill även undersöka hur de uppfattas av de anställda gällande motivation, inspiration och kunskapsförmedling.

2. Litteraturgenomgång

I litteraturgenomgången kommer begreppen *Hälsans holistiska perspektiv*, *Hälsofrämjande arbetsplats*, *Lärande* och *Hälsopedagogik* att belysas.

2.1 Hälsans holistiska perspektiv

Människans hälsa ingår i en kontext, ett sammanhang, och bör därför ses ur ett holistiskt perspektiv där den psykiska, sociala samt fysiska hälsan ingår (Angelöw, 2002). Det är viktigt att varje individ får uppleva att hon själv har valt den väg hon vill gå (Holm Ivarsson, 2004). För att kunna samverka med andra måste först individen hitta sitt eget självmedvetande och sin självständighet, samtidigt är det i samverkan med andra som människan förbättrar sitt självmedvetande och därigenom kan stärka sin självbild och sin självkänsla. Genom att det skapas möjlighet till delaktighet kan både autonomi, det vill säga rätten till självbestämmande, samt samverkan tillgodoses vilket gynnar människors hälsa. Autonomi stöds bland annat genom att individen får information, kunskap, ansvar och inflytande. Genom relationen med människor i individens omgivning kan detta förstärkas. När människan blir bekräftad genom till exempel uppskattning så stärks hennes upplevelse av att vara duglig.

Det sociala nätverket och det sociala stödet är nära sammankopplat med hälsa. Om personen i fråga har bristande sociala relationer kan det vara starkt förknippat med dålig självkänsla som i sig påverkar den psykologiska hälsan. Sociala relationer kan höja immunförsvaret och skydda individen från sjukdomar. Social frånvaro kan leda till kronisk stress som påverkar för tidigt åldrande (Melchior, Berkman, Niedhammer, Chea & Goldberg, 2003). Det sociala nätverkets frånvaro påverkar individens beteende och de hälsorelaterade valen i individens liv blir lidande i form av till exempel dåliga matvanor eller brist på fysisk aktivitet (Niedhammer & Chea, 2003).

Att vara fysiskt aktiv kan vara en bidragande faktor till ökad hälsa. Direkta fördelar som individen märker av vid fysisk aktivitet och som motiverar till en fortsatt aktiv livsstil, kan vara upplevelse av mer energi, bättre mental hälsa och bättre självkänsla. Effekterna individen upplever vid ökad fysisk aktivitet är främst fysiska som efter en tid övergår till att bli psykiska och mer långsiktiga i form av till exempel mindre ångslan och bättre självförtroende (Wester, 2001).

Kortsiktigt, det vill säga inom loppet av några veckor, kan individen uppleva ett bättre immunförsvar, bättre sömn, att depressionssymtom minskar och att självförtroendet fortsätter att stärkas (Faskunger, 2002). Långsiktiga fördelar vid fysisk aktivitet som individen kan uppleva efter några månader kan bland annat vara viktnedgång och bättre syreupptagningsförmåga vilket underlättar fysisk ansträngning (Faskunger 2002; Wester, 2001). Fysisk aktivitet förebygger dessutom sjukdomar som till exempel hjärt- kärlsjukdomar och diabetes (Bauman & Craig, 2005). Genom förbättrad prestation inom fysisk aktivitet motiveras personen att se träning som något njutningsfullt (Naidoo & Wills, 2000).

2.2 Hälsöfrämjande arbetsplats

Människan tillbringar en stor del av sitt liv på arbetsplatsen, det är därför en viktig arena att arbeta hälsöfrämjande med. Arbetsplatsen är den mest utvecklade arenan för att förebygga skador och sjukdom. WHO definierar hälsöfrämjande insatser som processer som möjliggör för individer samt för samhället att öka kontrollen över de faktorer som påverkar hälsan och på så sätt förbättra det allmänna hälsotillståndet (Pellmer & Wramner, 2001).

Fokus har tidigare legat på den arbetsrelaterade ohälsan, det vill säga de faktorer som påverkar skador och sjukdom. Under slutet av 1990-talet utvecklades ett bredare synsätt, där arbetsplatsen kan användas som en plattform för hälsöfrämjande insatser. Synsättet betonar även vikten av att se till individers hem och fritid. Förståelsen för psykologiska och sociala aspekter och vilken påverkan de har på hälsan, har ökat under 1990-talet och kommer att öka intresset för arbetsplatsen som arena när det gäller hälsöfrämjande åtgärder (ibid). Hälsöfrämjande åtgärder omfattar både människan, dennes personliga tankar och handlingar samt omgivningen som ingår i den fysiska och sociala miljön. Där människan befinner sig och är verksam påverkas hälsan. Det som påverkar är både individen själv, hennes förutsättningar och handlingar samt omgivningen (Hanson, 2004).

År 1996 startades the European Network for Workplace Health Promotion, i Sverige kallat för det Europeiska nätverket för hälsöfrämjande arbetsplatser (Bjurvald, 2004). Genom hälsöfrämjande arbete på arbetsplatser nås en stor del av den vuxna befolkningen, vilka annars kan vara svåra att nå (Docherty, Fraser & Hardin, 1999). Hälsöfrämjande insatser på arbetsplatser omfattar de ansträngningar som görs i alla sammanhang där människor arbetar och vars syfte är att öka de anställdas välbefinnande och att skapa positiva förutsättningar för hälsa. Hälsöfrämjande arbete är en process som startar och som sedan hela tiden behöver förbättras och utvecklas. De hälsöfrämjande insatserna ska vara varaktiga och utan tidsbegränsning (Menckel, 2004).

Hälsöfrämjande arbetsplatser ska fokusera på det salutogena, det vill säga möjligheterna till god hälsa, men även på orsaker till ohälsa (ibid). Fokus ligger på de möjligheter som de anställda har till att utveckla goda hälsorelaterade beteenden och en god hälsa (Unge et al, 2004). En förbättring av personalens hälsa genom hälsöfrämjande insatser kan leda till en mer frisk och nöjd personal. En välmående personal höjer statusen för en arbetsplats (Naidoo & Wills, 2000). Bristen på resurser och tid är de största hindren för hälsöfrämjande arbete på arbetsplatser. För att det hälsöfrämjande arbetet ska kunna implementeras på arbetsplatsen kan perspektivet och strukturen på organisationen behöva förändras och utvecklas (Docherty et al, 1999).

Friskare arbetsplatser kan till exempel skapas genom att de anställda har inflytande och delaktighet i arbetet, att chefer och ledare är uppmuntrande, stödjande och lyhörda samt att de anställda har möjlighet till att delta i friskvård på arbetstid samt att arbetsplatsen erbjuder andra former av friskvårdsinsatser (Angelöw, 2002).

Hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen bör innefatta att stödja de anställdas tillgångar genom att förbättra arbetssituationen, uppmuntra socialt stöd, nätverk och relationer på arbetsplatsen samt erbjuda meningsfulla arbetsuppgifter. Arbetsuppgifter som är socialt givande och stimulerande ger individen en känsla av meningsfullhet (Nilsson et al, 2005). Det är av stor vikt att varje människa känner sig betydelsefull på sin arbetsplats. Delaktighet och samverkan är två faktorer som påverkar effektiviteten i arbetet samt påverkar individens känsla av att känna sig betydelsefull och att dennes kunskap är viktig. När kompetensupplevelsen stärks kan känslan av att vilja samarbeta gynnas, då individen känner att den kan förmedla något värdefullt till sina medmänniskor. Dialog, öppenhet, humor och kvalitativa träffar på arbetet är exempel på ingredienser som skapar delaktighet (Hanson, 2004).

Den mentala hälsan hos de anställda grundas i arbetsuppgifterna, längden på arbetsdagarna, om arbetsuppgifterna är monotona och i vilken utsträckning de anställda har inflytande i arbetet (Docherty et al, 1999). Individens återhämtningsförmåga och det sociala stödet både från arbetskamrater, ledning och från familj och vänner spelar en viktig roll när det gäller den mentala hälsan. Om individen ständigt har ett dåligt samvete för arbetsuppgifter som inte hinns med och om individen är kvinna är det ytterligare faktorer som kan påverka den mentala hälsan (Glasberg, Eriksson & Norberg, 2007). Förväntningarna på att kvinnan både ska vara maka, mamma, arbetare och ansvarstagare över sociala relationer påverkar deras hälsostatus negativt (Krantz & Östergren, 2000). Under det senaste årtiondet har stressrelaterade sjukdomar ökat i stor omfattning i västvärlden (Glasberg et al, 2007) och stressrelaterade sjukdomar kan ligga till grund för upp till 60 procent av all sjukfrånvaro (Docherty et al, 1999).

Individens avsikt och förhoppningar om att på ett meningsfullt sätt kunna uppfylla sina yrkesambitioner kan ibland vara svårt att kombinera med organisationens struktur och resurser. Olika studier har visat på att graden av stöd från arbetskamrater har en inverkan på individen och att sjukfrånvaro i högre grad kan associeras med dåligt samarbete mellan arbetskamrater än vad lågt inflytande på jobbet kan. I jämförelse med till exempel sjuksköterskor tenderar läkare att ha mindre social stöd från arbetskamrater då de arbetar mer ensamma. De som arbetar inom hälso- och sjukvård behöver ha tillfällen då de kan diskutera och reflektera över sitt arbete (Glasberg et al, 2007).

Den arbetsrelaterade ohälsan samt de sociala skillnaderna minskar med väl fungerade villkor i arbetslivet och medverkar till en allmänt förbättrad folkhälsa. Nationella folkhälsokommittén belyser i målområde fyra som berör ökad hälsa i arbetslivet att en känsla av trygghet och tillfredsställelse i arbetslivet behövs för att individen ska bibehålla hälsan. För att kunna uppnå ökad hälsa i arbetslivet är delaktighet och inflytande två viktiga faktorer. Människors arbete är den viktigaste bestämningsfaktorn när det gäller ojämlikhet i befolkningens hälsa (Regeringsproposition, 2002).

Menckel (2004) beskriver resurser, ledarskap och egen kraft som nyckelord för en hälsofrämjande arbetsplats.

Kunskap om hur man förbättrar sin hälsa och vad som påverkar den är något som varje medarbetare på en arbetsplats bör veta för att hälsostatusen och välbefinnandet ska öka. Hälsa är en färskvara och behöver därmed alltid finnas i fokus för individen. På en arbetsplats är det viktigt med nyckelpersoner som kan förmedla kunskap om hälsans villkor till övriga anställda (Hanson, 2004).

2.3 Lärande

”Jag tycker om att lära mig – men jag gillar inte att bli undervisad.”

Winston Churchill
(Källa: Faskunger, 2002, s.44)

Winston Churchills uttalande bär på ett viktigt budskap, nämligen att människor inte tycker om att bli undervisade. Det är få människor som vill bli tillsagda vad de ska göra eller tycka (Faskunger, 2002). Lärandet är i grunden något lustbetonat men det skiljer sig åt i de olika så kallade livsåldrarna, som delas in i barndomen, ungdomen och vuxenhet. Det specifika för vuxna är att de vill leva sina egna liv och lär sig det de vill lära sig, det som känns meningsfullt. Vidare bygger de sitt lärande utifrån de resurser de har. Utifrån vad de vuxna är intresserade av att lära sig, tar de ansvar för sitt lärande (Illeris, 2001).

En individs värderingar implementeras genom socialisation (Naidoo & Wills, 2000). Socialisation är en lärandeprocess där människans kunskaper, uppfattningar, regler och attityder tillägnas och gör det möjligt att fungera som en medlem i samhället (Helkama, Myllyniemi & Liebkind, 2004). Den primära socialisationen sker tidigt i livet och i en mindre grupp av människor, oftast i familjen. Genom samspelet med andra lär sig barnet de viktigaste och mest grundläggande kunskaperna så som språk och hur det sociala samspelet fungerar (Säljö, 2000). Vanor och handlingsmönster grundläggs som senare i livet kan vara svåra att förändra (Naidoo & Wills, 2000). Den sekundära socialisationen sker senare i livet på olika arenor så som skolan och arbetsplatsen och den påverkar hur vi människor agerar och beter oss (Helkama et al, 2004).

2.3.1 Kommunikation

Kommunikationen spelar en stor roll för känslan av delaktighet vilket är en viktig del i människors välbefinnande. För att kunna öka delaktigheten är det av stor vikt att människor lär känna varandra som personer. Arrangemang eller någon slags aktivitet i en annorlunda miljö gärna med inslag av fysisk aktivitet, kan behövas för att hjälpa till med att bidra till att lära känna varandra och samtala på ett djupare plan samt bryta mönster och invanda roller (Hanson, 2004).

Information och kommunikation är inte samma sak. I informationen sker en envägsprocess, det vill säga man talar *till* någon. I kommunikationen sker däremot en tvåvägsprocess där man talar *med* någon (Jarlbro, 2004). Kärnan i kommunikation är dialogen människor emellan (Hanson, 2004). Den direkta kommunikationen kännetecknas av återkoppling, det vill säga feedback. Feedbacken kan vara både av positiv och av negativt slag så som nickningar, leende, protester, likgiltighet eller upprördhet (Eisele, 2003).

På en hälsosam arbetsplats finns en god kommunikation med en välutvecklad dialog vilket främjar till delaktighet och inflytande (Angelöw, 2002).

När hälsobudskap ska förmedlas kallas det för hälsokommunikation. Ett problem med hälsokommunikation kan vara att sändaren och mottagaren befinner sig i olika sociokulturella rum. Faktum är att det fortfarande finns stora skillnader i hälsa i Sverige. Till exempel röker arbetare nästan dubbelt så mycket som tjänstemän, de är också i större utsträckning överviktiga. Studier visar vidare att invandrare har sämre hälsa än svenskar. Den person, sändaren, som informerar om hälsa kallar Jarlbro (2004) hälsoinformatör vilken däremot oftast är en högt utbildad svensk.

Det finns olika kommunikationshinder, de vanligaste kan delas in i sex kategorier;

- *Sociala och kulturella klyftor*: Kön, värderingar, socialgruppsstillhörighet, etnisk tillhörighet samt kulturella eller religiösa betingade faktorer kan utgöra klyftor.
- *Begränsad mottaglighet*: Sjukdom, trötthet eller smärta, emotionella problem, dålig självkänsla, att individen i fråga är upptagen, eller okoncentrerad kan begränsa individens mottaglighet för hälsobudskap.
- *Negativa attityder till hälsoarbetaren*: Har mottagaren sedan tidigare dåliga erfarenheter av hälsoinformatören eller om hälsoinformatören har bristande trovärdighet eller upplevs som ett hot uppstår negativa attityder kring dennes roll.
- *Begränsad förståelse*: Språksvårigheter och användandet av facktermer kan göra att hälsoinformatören inte gör sig förstådd hos mottagarna.
- *Hälsoinformatören anstränger sig inte tillräckligt att kommunicera*: Bristande självförtroende, färdigheter och kunskaper och brist på tid för uppgiften för hälsoinformatören utgör hinder vid hälsokommunikation. Ytterligare hinder kan uppstå om arbetsledningen begränsar eller är negativ till att avsätta tid för hälsofrämjande arbete för hälsoinformatören.
- *Motstridiga budskap*: Mottagaren kan få olika råd från hälsoinformatören, familjen och vännerna. Det kan skapa förvirring vilket försvårar för mottagaren att ta åt sig av informationen (Ewles & Simnett, 2005).

Hittills har verbal kommunikation nämnts, men det finns även icke-verbal kommunikation. Exempel på icke-verbal kommunikation kan vara när hälsoinformatören använder sig av kroppskontakt och närhet och till exempel skakar någons hand eller vidrör någons axel. Kroppsspråket berättar om hälsoinformatören känner intresse och engagemang inför sin uppgift. Det är viktigt att hälsoinformatören har ögonkontakt med dem som kommer för att få råd och stöd i hälsofrågor (ibid).

2.3.2 Motivation

En individs vilja, ansträngning och målmedvetenhet bildar tillsammans individens motivation. Motivationen styrs av individens tro på sig själv, hennes attityder och värderingar samt de sociala normer som råder i samhället (Naidoo & Wills, 2000). Människans känsla av självförmåga, det vill säga hur individen i fråga upplever att hon kan påverka omständigheter som är betydelsefulla i hennes liv, är en viktig motiverande faktor vid all inläring. Känslan av självförmågan förstärks när individen lyckas och de framgångar som stärker känslan av självförmåga påverkar senare misslyckanden i mindre grad.

Den vikariella upplevelsen, det vill säga individens vetskap om prestationer genomförda av någon som liknar denne själv påverkar betydelsen för upplevelsen av självförmåga. När någon säger till exempelvis ”Klart du kan” kallas det för verbal påverkan. När kunskapskällan upplevs trovärdig och pålitlig ökar det verbala budskapets påverkan. Fysiska och emotionella reaktioner påvisar hur självförmågan är. En individ som är på gott humör har lättare för att uppskatta sin självförmåga än om den är på dåligt humör (Helkama et al, 2004).

Personer som vill förändra sin livsstil i hälsofrämjande riktning behöver starka motiv för att omdana sitt beteende. De här motiven kan vara att individen vill gå ner i vikt, undvika vissa sjukdomar eller orka mer i vardagen. De positiva effekterna av till exempel fysisk aktivitet visar sig dock inte direkt. Det medför att de som tidigare varit inaktiva behöver stöd för att fortsätta sina nya vanor från till exempel vänner, arbetskamrater och familj (Wester, 2001). Närmiljön behöver anpassas för att uppmuntra människor till en mer fysiskt aktiv livsstil (Faskunger, 2002). Det kan handla om att individen behöver lättillgängliga platser som den trivs att vara aktiv i, exempelvis parker med vacker natur. Finns det till exempel arbetskamrater i närmiljön som är fysiskt aktiva motiveras individen till att också bli det (Bengoechea, Spence & McGannon, 2005). En individ som ingår i en grupp har tack vare det sociala stödet lättare att motiveras till beteendeförändringar än vad individen ensam har (Glasberg et al, 2007).

För att en person ska motiveras till att förändra sin livsstil och sitt beteende när det gäller hälsa och bli mer fysiskt aktiv måste denne hitta lustfyllda aktiviteter (Wester, 2001). Inre motivation handlar om att göra något som upplevs som roligt, för sakens egen skull. Motsatsen, det vill säga yttre motivation, är att individen gör något till exempel för pengar, för att andra vill eller för berömmelse. Den inre motivationen kan gå förlorad om individen blir belönad. Då börjar individen göra det för belöningens skull och inte för viljan och lusten (Helkama et al, 2004). En inre motiverad individ upplever i högre grad njutning, glädje och känner sig mer avslappnad vilket gör det enklare att genomföra utförandet. När en individ som drivs av inre motivation deltar i en aktivitet är det för att uppleva tillfredsställelse samt att lära sig något nytt. Det kan leda till att individen försöker överträffa sig själv genom att möta nya utmaningar. För att motivera människor till att fatta positiva hälsobeslut kan en hälsoinformatör arbeta med att stärka individers självförmåga, självkänsla och självförtroende (Ewles & Simnett, 2005).

2.4 Hälso pedagogik

Genom hälso pedagogik förs kunskap om hälsa ut till människor och den kan handla om allt från informationskampanjer till allmänheten, till hälso utbildning på skolor och arbetsplatser. Hälso pedagogiken kan användas i hälsofrämjande arbete när det till exempel handlar om att öka grupperns eller individers kunskap och medvetenhet kring hälsa och kan leda till hälsosamma val och en hälsosam livsstil (Medin & Alexandersson, 2000).

Klasskillnader i ohälsa ökar om det bara är de välutbildade som kan ta del av information kring hälsa (Olsson, 2001). Samtidigt väljer människor inte automatiskt en hälsosam livsstil för att de är välinformerade. Individers tidigare erfarenheter, vanor, kunskaper och värderingar kan verka som hinder för ett förändrat handlingsmönster. Samtidigt kan dessa faktorer vara en grund för fortsatt förändrat handlingsmönster (Svederberg & Svensson, 2001).

Människor har olika syn på vad hälsa innebär vilket gör att de handlar på olika sätt för att nå hälsa (ibid). I Ottawa Charter betonas vikten av att människor får kunskap om vad som påverkar hennes hälsa i positiv och negativ riktning så hon får möjligheten till att göra val som är till fördel för hennes hälsa. Genom information, utbildning och stödjande miljöer ökar individens möjligheter till att ta kontroll över sin hälsa och göra hälsosamma val (WHO, 1986). Det är viktigt att fokusera på vad som kan stärka människor så att de själva kan bemästra och påverka sin livssituation (Pellmer & Wramner, 2001).

Empowerment, på svenska även kallat maktmobilisering, vardagsmakt eller självförstärkning, står för möjligheten att påverka individen att utveckla förmågan att klara av att bemästra sin egen livssituation. För att kunna utveckla strategier för att bemästra omvärlden, behöver individen öka sin förmåga och motiveras till att ta ansvar över sin egen hälsa och sitt liv (Naidoo & Wills, 2000).

2.5 Problemprecisering

Genom hälsofrämjande insatser motiveras människor till att välja goda levnadsvanor (Schelp et al, 2004). En utvald nyckelperson kan på arbetsplatsen fungera som kunskapsförmedlare och medvetandegöra hälsosamma val för de anställda (Hanson, 2004). Genom interaktion mellan människor sker lärandet som behöver vara lustfyllt för att viljan till att lära sig ska finnas. Kommunikationen kring hälsa kan försvåras om nyckelpersonen befinner sig på en annan nivå än mottagaren. För att en individ ska motiveras till hälsosammare val behövs till exempel socialt stöd på arbetsplatsen. En hälsoinspiratör kan fungera som ett socialt stöd och som en nyckelperson på arbetsplatser när det handlar om att förmedla hälsobudskap. Hälsoinspiratörer utgörs av anställda som har ett starkt intresse av hälsa och välbefinnande. Vi vill i vår studie undersöka hur hälsoinspiratörerna på CSK uppfattas av de övriga anställda.

3. Syfte

Syftet med studien är att undersöka de anställdas kunskaper om hälsoinspiratörerna på Centralsjukhuset Kristianstad, synen på hälsoinspiratörernas roll och om de upplevs motivera och inspirera till sundare levnadsvanor och till användning av friskvårdsprogrammet. Vi ämnar även undersöka hur de anställda ser på hälsoinspiratörerna gällande kunskapsförmedling.

4. Teoretiska utgångspunkter

Resultatet av studien kommer att beskrivas och tolkas ur ett *Salutogent perspektiv*, *Sociokulturellt perspektiv på lärande* samt *Beteendeförändringar*. Det salutogena perspektivet står för den folkhälsovetenskapliga disciplinen i studien. I den pedagogiska disciplinen valdes det sociokulturella perspektivet på lärandet samt beteendeförändringar som utgångspunkter.

4.1 Salutogent perspektiv

Salutogenes är ett begrepp grundat av Aaron Antonovsky på 1970-talet. Den salutogena ansatsen utgår från en helhetssyn på människan och undersöker vad som genererar hälsa istället för, som den patogena ansatsen som ser till vad som genererar sjukdom. Hälsa utesluter inte sjukdom och vice versa utan de ska ses som ett kontinuum. Antonovsky (1991) menar att fokus ska vara på de faktorer som gör att människor mår bra och förstärka och utveckla dessa.

4.1.1 KASAM

Antonovsky skapade även begreppet känsla av sammanhang (KASAM). Människor kan, om individen har ett starkt KASAM, trots vardagliga påfrestningar bibehålla eller uppnå hälsa. Individens hälsa påverkas av hur denne kan bemästra sin omvärld. En individ med stark KASAM har potential att behärska de prövningar som uppstår i livet. De första 30 åren i en människas liv spelar en viktig roll när det handlar om att bygga en stark KASAM. Begreppet bygger på tre delar; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. En stark känsla av begriplighet handlar om förmågan att förstå och begripa inre och yttre stimulus som individen möter i livet. En stark känsla av hanterbarhet gör att personen inte känner sig som ett offer för de omständigheter som sker i livet. Resurser i form av personliga egenskaper men även socialt stöd från personer i omgivningen stärker känslan av hanterbarhet. En stark känsla av meningsfullhet ger en känsla av att det är värt att möta och klara av de krav och problem som individen ställs inför under livet. De tre delarna bildar tillsammans KASAM. Förhållandet mellan de tre delarna avgör hur stark personens KASAM är. Antonovsky menar dock inte att KASAM är den enda faktorn som påverkar individers hälsa, men att det kan skydda individen mot sjukdomar, såväl mentalt som fysiskt och bidrar till att bibehålla en bra hälsa. Personer med stark KASAM har lättare för att välja en copingstrategi som behövs för att klara av att möta den stressor som individen ställs inför (Antonovsky, 1991). Coping kan beskrivas som de resurser en person har för att klara av diverse svårigheter och problematiska situationer denne ställs inför. Copingstrategier kan delas in i två metoder. Den ena metoden är den passiva där individen avlägsnar sig från stresskällan. I den andra försöker individen närma sig den samt lära sig hantera känslor som uppstår kring det aktuella problemet (Pellmer & Wramner). Det kan vara genom till exempel att träna fysiskt och mentalt (Janlert, 2000).

På arbetsplatser grundas känslan av meningsfullhet i graden av delaktighet och inflytande individen har i sin arbetssituation. Känner individen stolthet och glädje över sitt arbete leder det till en känsla av meningsfullhet. Känslan av hanterbarhet i arbetet är nära förknippat med meningsfullhet och är även det sammankopplat till inflytande och kontroll på arbetssituationen. Det hänger även samman med de resurser individen har till sitt förfogande dels i form av utrustning som behövs för att kunna utföra arbetsuppgifterna men även av personliga kunskaper och färdigheter. Resurser så som sociala relationer och det sociala stödet som individen har på arbetsplatsen skapar även det hanterbarhet. Begriplighet i arbetet påverkas av om individen har inblick i arbetets planering och arbetsplatsens mål och delmål samt om individen har en bra kontakt med övriga anställda (Antonovsky, 1991).

4.1.2 Empowerment

Empowerment är en strategi som möjliggör för individen eller gruppen att själv kunna bemästra sin livssituation samt sin handlingsförmåga (Medin & Alexandersson, 2000). Empowerment handlar om att stärka individens eller gruppens resurser och tron till sig själv samt förmågan att använda sina resurser på bästa möjliga vis (Olander, 2001). Det centrala i empowerment är att förstå hur personen eller gruppen kan bli hjälpt att välja ett positivt beteende och att upprätthålla det. Ur ett hälsofrämjande perspektiv bör faktorer som personens självförtroende belysas som en grund för att denne ska kunna göra positiva beteendeförändringar (Naidoo & Wills, 2000).

För att empowerment ska vara möjligt bör människan ses som kapabel till att göra egna val samt till att ta ansvar för valen men även utveckla förståelse för orsaker som kan blockera handlingsförmågan. Individen behöver få möjlighet till att påverka sin omgivning och till att ha känslan av att hon vill och kan påverka (Medin & Alexandersson, 2000).

4.2 Sociokulturellt perspektiv

En välutbildad befolkning är en av de viktigaste förutsättningarna för ökat välstånd och för en höjd livskvalitet (Säljö, 2000). Vygotsky (1993) beskriver lärandet i sig som en förutsättning för utveckling samt att det är viktigt att individen upplever glädje och känner tillfredställelse vid inläring.

Genom att samspela med människor i omvärlden tillskansar individen sig kultur i form av kunskaper, idéer och värderingar. Kommunikativa processer är i fokus i det sociokulturella perspektivet på människans lärande och utveckling. Människan kan genom språket kommunicera och utbyta erfarenheter och kunskaper. Människans sätt att kommunicera, tänka och bete sig är ett resultat av de sociala och kulturella erfarenheter hon har. Genom att höra vad andra talar om kan individen bli medveten om vad som är intressant och värdefullt (Säljö, 2000).

Ett ständigt lärande sker under hela människans liv, inte endast i skolan utan även på arbetsplatser, i familjen och bland vänner och lärandet är på ett sätt oundvikligt. Lärande sker i alla sammanhang där individer samspelar, möts, diskuterar och samtalar (ibid). I samspel och genom kommunikation med andra människor får individen kunskap och lär sig genom den sociokulturella processen (Säljö, 2000; Vygotsky, 1993). Genom att kommunicera med andra individer blir människan delaktig i färdigheter och kunskaper. Språket och dialogen mellan människor fungerar som en länk mellan själva kommunikationen och det inre, tänkandet. Individen kan möta och ta till sig nya sätt att tänka och handla genom kommunikation och samspel med andra.

I stor utsträckning handlar lärandet om att ta emot information, få färdigheter och förståelse samt i förlängningen kunna avgöra vilken av dessa som är relevanta i ett visst sammanhang. I det sociokulturella perspektivet på människans lärande och handlande är en av utgångspunkterna hur individer och grupper använder sig av fysiska och kunskapsmässiga resurser. De kulturella och sociala mönster som finns i omgivningen påverkar individens sätt att bete sig samt uppfatta omvärlden.

Kulturen och omgivningen ger individen resurser i form av kunskaper och färdigheter som kommer från handlingsmönster som under lång tid byggts upp i samhället och som människor blir en del av genom interaktion med varandra. Individer bidrar genom sina handlingar till att hela tiden utveckla och förnya sociokulturella mönster (Säljö, 2000).

Enligt det sociokulturella perspektivet är kunskap inte något som individen har färdigt och lagrat i ett förråd. En individ kan besitta information men ändå ha långt till kunskap. Kunskaper är något som individen använder i det vardagliga livet och är en resurs som kan användas vid olika situationer och vid problemlösning. Individer påverkas av sina kunskaper och erfarenheter och handlar efter hur de tror att omgivningen förväntar sig och kräver av dem (ibid).

4.3 Beteendeförändringar

Litteraturgenomgången belyser att vanor och handlingsmönster grundläggs redan när vi är barn genom socialisationen och sådana vanor kan vara svåra att förändra (Naidoo & Wills, 2000). Det behövs bland annat ett socialt stöd för att kunna bryta mönster och invanda roller (Hanson, 2004). Målet med beteendeförändringar gällande livsstilen är att förbättra hälsan och den positiva hälsoeffekten för människor i stort. Förändringarna syftar till att skapa ett friskare liv hos allmänheten så som förbättrad självkänsla och självförtroende (Faskunger, 2002). Beteendeteorier utgår bland annat från att det är individens värderingar som styr olika val i livet till exempel hur och vad personen äter och hur fysiskt aktivt denne är. Det är viktigt att ta hänsyn till autonomi. Personer behöver inspireras till hälsosamma val istället för att någon annan talar om hur de ska bete sig. En förändring ska komma genom att människan vill förändra sitt beteende. Det behövs uppmuntran och stimulans för att kunna genomföra hälsosamma val (Brug, Oenama & Ferreira, 2005).

Teorier om hälsorelaterade beteendeförändringar grundas på idén om att individens övertygelse och inställning är grunden för beteendet. Den information personen får genom sin omgivning kan påverka dennes inställning vilket kan leda till ett förändrat beteende. En attityd mot till exempel fysisk aktivitet kan påverkas genom att individen får information om olika typer av fysisk aktivitet och dess effekt på kroppen (Naidoo & Wills, 2000). Att förändra ett beteende är en långsiktig process som tar lång tid att implementera. Beteendeförändringen är en process som sker i etapper mot ett hälsosammare beteende (Faskunger, 2002).

Prochaska och DiClemente är skaparna av Stages of change modellen. Modellen visar de stadier som individer ofta går igenom när de ska göra en beteendeförändring. Beteendeförändringar kan ses som en process och att individen genomfört en förändring innebär inte att hon håller fast vid den (Naidoo & Wills, 2000).

I det första stadiet, förnekelsestadiet, anser inte individen att det finns ett problem med livsstilen hon har och har därför inte funderat på att förändra sitt beteende (Faskunger, 2002; Naidoo & Wills, 2000). I stadiet handlar det om att klargöra hälsorisker med till exempel en inaktiv livsstil samt att belysa hälsovinster med ett fysiskt aktivt liv (Faskunger, 2002). Nationella och regionala hälsobeslut som syftar till att informera om den aktiva livsstilens fördelar, så som bättre hälsa, kan motivera individer som befinner sig i detta stadiet att gå vidare till nästa steg (Biddle & Mutrie, 2001).

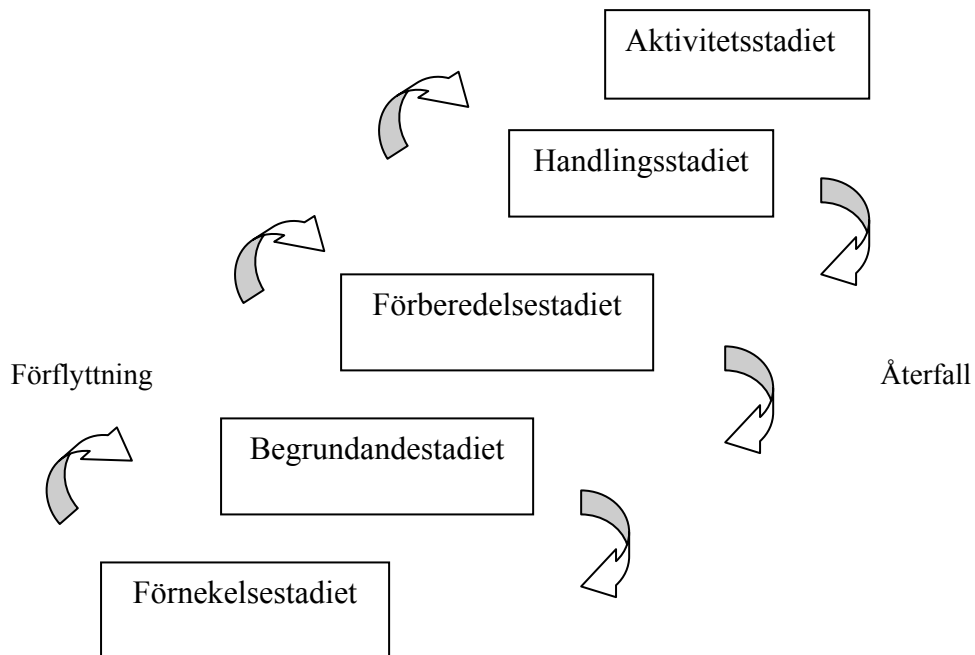
I det andra steget, begründandestadiet, befinner sig personer som har insett fördelarna med att göra en beteendeförändring men som ännu inte är redo att göra förändringen (Faskunger, 2002; Naidoo & Wills, 2000). Här är det viktigt att medvetandegöra för individen varför den vill förändra sitt beteende och att denne ser riskerna med den gamla livsstilen (Faskunger, 2002). Naidoo och Wills (2000) påpekar att en del individer kan stanna i detta stadium i flera år och att vissa aldrig går vidare till nästa steg.

I steg tre, förberedelsestadiet, planerar individen för en förändring inom en snar framtid (Faskunger, 2002). Individen har övervägt fördelarna med en beteendeförändring med den uppoffring som förändringen kräver (Naidoo & Wills, 2000). Personen kan i det här stadiet till exempel redan ha börjat vara mer fysiskt aktiv men är det inte regelbundet (Faskunger, 2002). Vuxna individer kan här fångas upp genom att arbetet erbjuder möjligheter till fysisk aktivitet, och att de diskuterar fysisk aktivitet med någon som är insatt i hälsofrågor (Biddle & Mutrie, 2001).

Individen ska i det fjärde steget, handlingsstadiet, genomföra en aktiv förändring och upprätthålla det nya beteendet (Biddle & Mutrie, 2001; Faskunger, 2002). För att beteendet i det här steget ska bli bestående är det viktigt att individen har en realistisk plan och målsättning med sin förändring samt att hon får support från omgivningen (Naidoo & Wills, 2000). Det stor risk att personen i det här stadiet faller tillbaka till sin gamla livsstil. För att motiveras till en fortsatt fysiskt aktiv livsstil är det viktigt att individen har valmöjligheter när det handlar om hur och var den fysiska aktiviteten ska ske, något som kan underlättas av att samhället erbjuder olika former av fritidsaktiviteter (Biddle och Mutrie, 2001).

Slutligen i steg fem, aktivitetsstadiet, fortsätter individen med sitt nya beteende och har en mer hälsosam livsstil (Faskunger, 2002; Naidoo & Wills, 2000) och bör tillsammans med en hälsovägledare hitta strategier så att risken för återfall minimeras (Faskunger, 2002). Det är i femte steget viktigt att individen har stöd från familj och vänner för att fortsätta sitt nya beteende (Naidoo & Wills, 2000).

Återfall kan ske i vilket som helst av de fem stegen men individen kan komma tillbaka i det steg som ligger närmast beteendemässigt (Faskunger, 2002; Naidoo & Wills, 2000). Personer kan förflytta sig runt i modellen flera varv innan det nya beteendet blir bestående (Biddle & Mutrie, 2001). Naidoo och Wills (2000) påpekar vikten av att det är individen som ska bestämma huruvida en förändring i hennes hälsobeteende är nödvändig och värd att göra. Det innebär att den viktigaste faktorn för om individen ska kunna göra en förändring är hennes motivation.



Stages of Change modellen efter Faskunger (2002).

5. Material och metod

Fem uppsattpar från det Folkhälsovetenskapliga programmet, Högskolan Kristianstad, valde att skriva C-uppsatser om hälsorelaterade frågor på CSK. Tre av parerna valde den kvantitativa metoden och kom att samarbeta kring enkäten. Efter ett möte med kontaktpersonen på CSK tillsammans med de andra uppsattparen kunde planeringen av den studien påbörjas.

5.1 Val av datainsamlingsmetod

Studien utgår från en kvantitativ metod och där en tvärsnittsstudie genomfördes genom enkätundersökning med hälsoinspiratören på CSK i fokus. I studien låg intresset inte i att göra djupgående intervjuer utan studien syftade till att få en helhetssyn av de anställdas åsikter för att kunna generalisera resultatet till att gälla hela CSK. Ejlertsson (2003) menar att en kvantitativ ansats ska väljas om tanken är att resultatet ska kunna kvantifieras och i viss utsträckning generaliseras. Då arenan för undersökningen, CSK, har 2344 anställda passar en enkätundersökning bra då urvalet är stort i jämförelse med en intervjuundersökning.

5.1.1 Enkätkonstruktion

Innan enkäten konstruerades intervjuades en hälsoinspiratör på CSK för att erhålla mer information om hälsoinspiratörens sätt att arbeta. Intervjun låg som grund för valet av enkätfrågorna. Enkäten (bilaga 3) var ett samarbete mellan tre uppsatspar, där var och en av paren utformade sin specifika del utifrån sitt syfte. Frågorna gjordes med hjälp från andra C-uppsatser samt genom att diskutera fram lämpliga frågor i CSK-gruppen utifrån den litteratur som fanns till förfogande. Enkäten var uppdelad i en generell och tre specifika delar där den generella delen innefattade frågorna ett till tio och innehöll allmänna uppgifter om den svarande. Frågorna elva till 20 handlade om friskvårdsprogrammet och frågorna 21-25 handlade om chefers roll i friskvårdsprogrammet. Vår del behandlade förhållanden kring hälsoinspiratören och omfattade frågorna 26-35.

5.2 Urval

Då tre uppsatspar samarbetade med enkäten fanns en möjlighet att ha ett relativt stort antal respondenter. Vi kom gemensamt fram till att 800 av de anställda på CSK skulle bli en rimlig arbetsbelastning samtidigt som antalet svar borde ge goda möjligheter till bearbetning av materialet. Av de 2344 anställda på CSK drog personalavdelningen genom ett personalregister ett slumpmässigt stickprov på 800 personer, men en del av dem fick strykas direkt bland annat på grund av att de inte längre arbetade kvar på CSK. Det resulterade i att 794 anställda fick enkäten. Görs stickprovet på rätt sätt kommer det att visa en miniatyr av populationen. För att kunna använda data från ett stickprov och kunna dra slutsatser hos en populations egenskaper är det viktigt att urvalet till stickprovet sker på ett felfritt sätt (Hammar & Persson, 1995). Ett stickprov ska vara slumpmässigt för att det ska vara representativt för populationen och för att minska risken för bias, det vill säga systematiska fel, i resultatet. Det är den vanligaste metoden som används för att göra en urvalsundersökning (Ejlertsson, 2003). De 794 slumpmässigt utvalda bestod av både kvinnor och män i åldrarna 18 till 66 år och var alla tillhörande någon av de 14 olika yrkesindelningarna. Sammansättningen av undersökningsgruppen och det totala antalet anställda vid CSK framgår av tabell 1.

Tabell 1. Beskrivning av kön, åldersfördelning samt yrkeskategorier på CSK totalt samt i undersökningsgruppen, andel (%)

Variabel	Andel % i	
	Andel % på CSK n = 483	undersökningsgruppen n = 2334
Kön		
Män	15	13
Kvinnor	85	87
Åldersfördelning		
18-34 år	18	19
35-49 år	42	45
50-66 år	39	37
Yrkeskategorier		
Läkare	11	8
Undersköterskor	25	24
Sjuksköterskor	37	39
Övrig personal	25	29

5.2.1 Pilotstudie

Innan enkäten gick ut till respondenterna gjordes en pilotstudie på Hässleholms sjukhus bland tio personer med skiftande yrken. Pilotgruppen valdes med hjälp av vår handledare då han känner till arenan väl. Det är av stor vikt att gruppen i en pilotstudie i hög grad liknar den blivande målgruppen för att kunna dra fördel av deras åsikter kring enkätfrågorna inför tryckningen av enkäten till de slutliga respondenterna (Ejlertsson, 2005). Pilotstudien gjordes för att öka kvaliteten på enkäten och för att se om den innehöll några oklarheter för respondenterna. Utifrån pilotstudien kunde svaren samt de kommentarer som respondenterna lämnat senare kritiskt granskas och på så sätt kunde vi få reda på hur frågorna hade blivit tolkade och förstådda samt få en viss uppfattning om frågornas validitet, det vill säga om frågorna mätte det vi avsåg att mäta (Ejlertsson, 2003).

5.3 Datainsamling

Allt det praktiska arbetet med enkäten gjordes av oss i CSK-gruppen. Det gav en helhetsbild av förloppet kring en enkätundersökning. Med enkäterna skickades ett följebrev (bilaga 1) där syftet med undersökningen och information om anonymitet beskrevs. Den 20 november 2006 skickades enkäterna ut till de slumpmässigt utvalda anställda. Då enkäten var anonym kunde vi inte se vilka som besvarat enkäten och därför fick alla av de 794 utvalda påminnelser (bilaga 2) via internpost den 29 november. På en bestämd plats på CSK lades fler enkäter samt svarskuvert ut för de utvalda som inte besvarat enkäten vid första utskicket. Med hjälp av personalavdelningen och intranätet påmindes de 794 anställda ytterligare två gånger om enkätstudien och vikten av att besvara enkäten.

De besvarade enkäterna skickades sedan via internpost till Högskolan Kristianstad, Institutionen för Hälsovetenskaper, där de förvarades på expeditionen. Den 21 januari 2007 var det datum som valdes som sista dag att invänta fler enkätsvar.

5.4 Databearbetning

Enkäterna numrerades, matades in och bearbetades med hjälp av ett statistiskt databearbetningsprogram, SPSS version 12.0. Vi valde att skriva ut frekvenstabeller som sedan stod som grund när två olika variabler skulle ställas mot varandra, så kallade korstabeller. Korstabellernas funktion är att kunna studera eventuella samband (Ejlertsson, 2003). Resultatet presenterades med hjälp av tabeller och diagram, Wahlgren (2005) menar att en bra bild säger mer än tusen siffror. Tabellerna och diagrammen skapades i Excel.

Hypotestestning av skillnader utfördes med chi-tvåtest för att undersöka om signifikanta samband fanns eller inte. Den signifikansnivå vi valde att använda var 5 % ($p < 0,05$).

5.4.1 Nya indelningar av variablerna

Vi valde att göra nya indelningar av svaren på vissa variabler för att lättare kunna beskriva materialet och utföra chi-tvåtest.

Fråga 1. Vi valde att dela in ålder i tre åldersgrupper; 18-34 år, 35-49 år och 50-66 år.

Fråga 3. På rekommendation från CSK var indelningen av yrkeskategorier 14 stycken i enkäten. De var läkare specialist, AT (allmäntjänstgörande läkare), ST (specialisttjänstgörande läkare), undersköterska/sjukvårdsbiträde/barnsköterska, sjuksköterska/BMA/ortopist, kökspersonal, transportpersonal, städpersonal, arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator, administrativ personal, läkarsekreterare och slutligen medicinteknisk personal. För att underlätta bearbetningen av data valdes en sammanslagning av yrkena till fyra grupper. Läkare specialist, AT och ST sammanslogs till *läkare*. Undersköterska/sjukvårdsbiträde/barnsköterska blev *undersköterskor*. Sjuksköterska/BMA/ortopist sammanslogs till *sjuksköterskor*. Kökspersonal, transportpersonal, städpersonal, arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator, administrativ personal, läkarsekreterare och medicinteknisk personal blev *övrig personal*.

Fråga 5. Alternativen för anställningstiden slogs ihop och delades in i tre grupper; *upp till fem år, sex till 20 år samt 21 år och äldre*.

Fråga 6. På frågan om hälsotillstånd blev beteckningar *Mycket bra* och *Ganska bra* oförändrade. *Varken bra eller dåligt* blev *Neutrala* samt *Ganska dåligt* och *Mycket dåligt* blev *Mindre bra*.

Fråga 10. Svartalternativen på frågan om hälsa är individens eget ansvar delades in i två nya grupper; *Instämmer till eget ansvar* (1-3) och *Instämmer mindre till eget ansvar* (4-6). De var i enkäten en sexgradig skala där *Instämmer helt* var längst till vänster och *Instämmer inte alls* var längst till höger.

Fråga 14. På frågan om i vilken utsträckning friskvårdsprogrammet utnyttjats de senaste 12 månaderna sammanslogs svarsalternativen *En till flera gånger i veckan* och *En till flera gånger i månaden* till *Aktivt deltagit*. *Enstaka gånger* och *Inte alls* slogs ihop till *Enstaka gånger/Inte alls*.

Fråga 26. Svarsalternativen på frågan om kunskaperna kring hälsoinspiratören sammanslogs så att *Stora* och *Ganska stora* slogs ihop till *Goda*. *Varken eller* och *Inte speciellt stora* blev *Mindre goda*. *Inga alls* och *Vet ej* blev *Inga särskilda*.

Fråga 29. På frågan gällande synen på hälsoinspiratörens roll delades svarsalternativen in i två nya variabler. *Instämmer* (1-3) och *Instämmer mindre* (4-6). De var i enkäten en sexgradig skala där *Instämmer helt* var längst till vänster och *Instämmer inte alls* var längst till höger.

Fråga 30. På frågan om nyttan med en hälsoinspiratör sammanslogs *Ja, mycket* och *Ja, ganska till Ser fördel*. *Varken eller* och *Nej, inte speciellt* slogs samman till *Ser mindre fördel*. *Nej, Inte alls* blev *Ser ingen fördel* och *Vet ej* kvarstod.

Fråga 32. På den öppna frågan gällande hur många gånger respondenten diskuterat hälsofrågor med hälsoinspiratören det senaste halvåret varierade svaren från noll till tio. Svaren delades in i två kategorier; de som någon eller flera gånger haft kontakt med hälsoinspiratören och de som aldrig haft kontakt.

Fråga 33. Svarsalternativen på frågan om kunskapsförmedlingen kring hälsofrågor sammanslogs så att *Mycket bra* och *Ganska bra* blev *Bra*. *Ganska dåligt* och *Mycket dåligt* blev *Mindre bra* och *Varken bra eller dåligt* och *Vet ej* slogs ihop till *Neutral*.

Fråga 34. På frågan om hälsoinspiratören motiverade till deltagande i friskvårdsprogrammet slogs svarsalternativen samman så att *Ja, mycket* och *Ja, ganska mycket* blev till *I högre grad*. *Nej, inte speciellt*, *Nej inte alls* och *Vet ej* blev *I lägre grad*. *Varken eller* behöll sin beteckning.

5.5 Etiska överväganden

Det finns fyra huvudkrav när det handlar om forskningsetiska regler; information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande (Ejlertsson, 2005).

Informationskravet tillgodosågs med ett informationsbrev (bilaga 1). Informationsbrevet, som skickades i samband med enkäten, innehöll information om oss som gjorde undersökningen samt vad den skulle användas till och vilka positiva konsekvenser undersökningen kan leda till. Vi beskrev att respondenterna var slumpmässigt utvalda anställda på CSK samt att deltagandet var frivilligt. Vi informerade om anonymitet och vad det innebar för respondenterna. Vi hade ingen personlig kontakt med respondenterna vilket gjorde att vi inte kunde påverka dem i deras åsikter och svar.

Samtyckeskravet tillgodosågs genom vår kontaktperson på CSK. Genom att respondenterna besvarade enkäten innebar det att de samtyckte till att medverka.

Enkätsvaren var okodade och anonyma och därmed var kravet om *konfidentialitet* uppfyllt. Enkätsvaren har varit inlåsta på Kristianstad Högskola under hela arbetsgången och vara otillgängliga för obehöriga.

Vår förhoppning är att vår c-uppsats kan komma till nytta för CSK:s hälsoinspiratörer vilket kan leda till en positiv hälsoutveckling för de anställda. *Nyttjandekravet* tillgodosågs genom att respondenterna blev informerade om att enkätsvaren förutom i denna uppsats kan komma att användas i pågående studier vid Högskolan Kristianstad.

Risken med vår undersökning kan vara att hälsoinspiratörerna känner sig utsatta och granskade. Cheferna kan uppleva att de är utsatta då det är de som är bär ansvaret på arbetsplatsen. Nyttan med undersökningen är att den kan leda till medvetenhet, lärande och därmed positiva förändringar kring hälsoinspiratörens roll på CSK, vilket kan öka hälsan för de anställda.

Etikrådet vid Institutionen för hälsovetenskaper på Högskolan Kristianstad godkände vår studie, Dnr ER2006-59, den 10 november 2006.

6. Resultat

Resultaten från enkätundersökningen är indelade i fem områden; *Basfakta gällande undersökningsgruppen, Kunskaper om hälsoinspiratören, Synen på hälsoinspiratörens roll, Motivation och inspiration genom hälsoinspiratören* och *Hälsoinspiratörens kunskapsförmedling*.

6.1 Basfakta gällande undersökningsgruppen

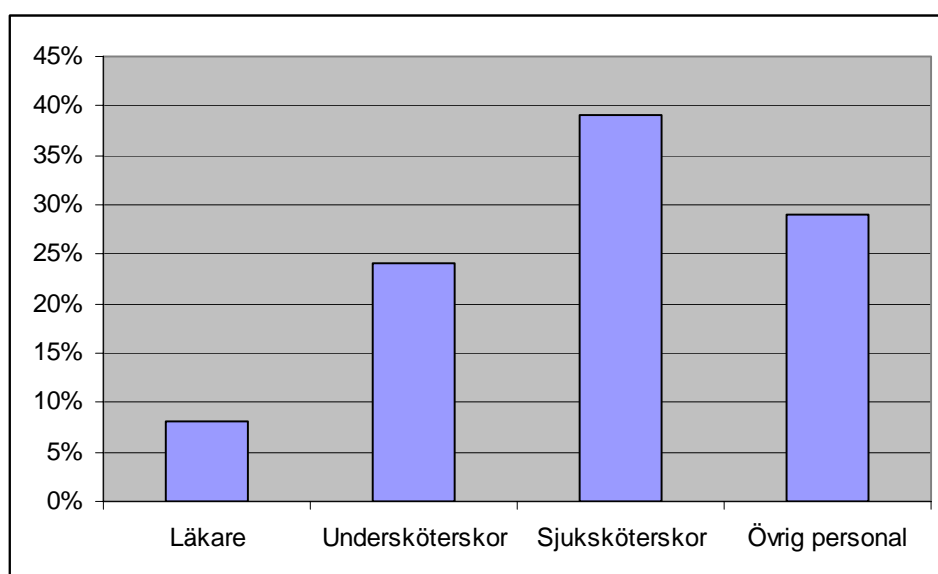
Vår studie omfattade 794 anställda på CSK. Det var 4 stycken i urvalet som inte hade möjlighet att besvara enkäterna, bland annat för att de inte längre arbetade kvar på CSK. Svarsfrekvensen uppgick till 61,1 % (483/790). Det externa bortfallet blev således 307 respondenter. Det externa bortfallet består av individer i urvalet som valt att ej delta eller av andra skäl inte svarat på enkäten (Ejlertsson, 2003).

Bland respondenterna i undersökningsgruppen var majoriteten kvinnor. Den största ålderskategorin var 35-49 år och störst andel hade varit anställda på CSK i 21 år eller mer (Tabell 2).

Tabell 2. Beskrivning av kön, ålder samt anställningstid i undersökningsgruppen, andel (%)

Variabel	Andel (%)
Kön (n = 478)	
Män	13
Kvinnor	87
Åldersfördelning (n = 469)	
18-34	19
35-49	45
50-66	36
Anställningstid (n = 480)	
-5 år	26
6-20 år	30
21- år	44

Sjuksköterskorna var den grupp bland de anställda som var i majoritet och läkarna var i den här studien i minoritet (Figur 1).



Figur 1. Procentuell fördelning mellan yrkesgrupper i undersökningsgruppen på CSK (n = 469)

Läkare var den enda yrkeskategorin där könsuppdelningen var någorlunda jämt fördelad medan undersköterskor, sjuksköterskor och övrig personal dominerades av kvinnor (Tabell 3).

Tabell 3. Fördelning mellan yrkeskategorier och kön, andel (%)

	Män	Kvinnor
Läkare (n = 38)*	(53)	(47)
Undersköterskor (n = 109)	6	94
Sjuksköterskor (n = 182)	7	93
Övrig personal (n = 137)	16	84

* Anm. Antalet i gruppen understiger 50.

Anm. 17 personer uppgav ej yrket

Det var 33 % av respondenterna som ansåg sitt hälsotillstånd vara mycket bra medan 57 % ansåg sitt hälsotillstånd vara ganska bra, 2 % ansåg att det vara mindre bra och 8 % ställde sig neutrala. Upplevelsen av hälsotillstånd visade ingen skillnad mellan könen.

Oberoende av kön ansåg majoriteten (92 %) av respondenterna att hälsa var individens eget ansvar. Även majoriteten i de olika yrkesgrupperna ansåg att hälsa är individens eget ansvar (Tabell 4).

Tabell 4. Yrkesgruppernas syn på egenansvar gällande hälsa, andel (%)

	Instämmer till eget ansvar	Instämmer mindre till eget ansvar
Läkare (n = 38)*	(95)	(5)
Undersköterskor (n = 108)	94	6
Sjuksköterskor (n = 179)	93	7
Övrig personal (n = 137)	89	11

* Anm. Antalet i gruppen understiger 50.

Av undersökningsgruppen utövade 86 % någon form av friskvårdsaktivitet på fritiden, utöver de aktiviteter som erbjöds i friskvårdsprogrammet.

Bland respondenterna angav 13 % att de under det senaste halvåret vid något eller några tillfällen hade diskuterat hälsofrågor med hälsoinspiratören, 87 % hade inte gjort det.

6.2 Kunskaper om hälsoinspiratören

I undersökningsgruppen angav 50 % att de visste vem som var hälsoinspiratör på avdelningen och 50 % att de inte visste vem det var.

Läkarna var den yrkesgrupp där lägst andel angav att de kände till vem hälsoinspiratören var. Bland undersköterskor, sjuksköterskor samt övrig personal var det jämt mellan andelen som visste och som inte visste vem hälsoinspiratören var (Tabell 5).

Tabell 5. Samband mellan yrkeskategori och vetskapen om vem som är hälsoinspiratör på avdelningen, andel (%)

	Ja	Nej
Läkare (n = 36)*	(14)	(86)
Undersköterskor (n = 102)	58	42
Sjuksköterskor (n = 180)	52	48
Övrig personal (n = 134)	45	55

* Anm. Antalet i gruppen understiger 50.

$$\chi^2 = 22,269, df = 3, p = 0.000$$

De som kände till vem hälsoinspiratören var på avdelningen såg i större omfattning en fördel med att ha en hälsoinspiratör. De som inte visste vem som var hälsoinspiratör förhöll sig till största del neutrala till fördelen med en hälsoinspiratör (Tabell 6).

Tabell 6. Vetskapen om vem som är hälsoinspiratör på avdelningen i relation till åsikten om det finns någon fördel med att ha en hälsoinspiratör, andel (%)

	Ser fördel	Ser mindre fördel	Ser ingen fördel	Vet ej
Ja, vet vem som är hälsoinspiratör (n=225)	65	28	1	6
Nej, vet ej vem som är hälsoinspiratör (n=223)	31	21	5	43

$$\chi^2 = 98,223, df = 3, p = 0,000$$

Bland respondenterna ansåg sig 21 % ha goda kunskaper kring vad rollen som hälsoinspiratör innebär medan 46 % ansåg sig ha mindre goda kunskaper medan 33 % inte hade några särskilda kunskaper.

Läkarna var den grupp som i större omfattning hade mindre goda kunskaper om vad rollen som hälsoinspiratör innebar jämfört med övriga yrkesgrupper. Det fanns en tendens i samtliga yrkesgrupper att majoriteten ansåg sig ha mindre goda kunskaper kring hälsoinspiratörens roll, men skillnaden var inte signifikant (Tabell 7).

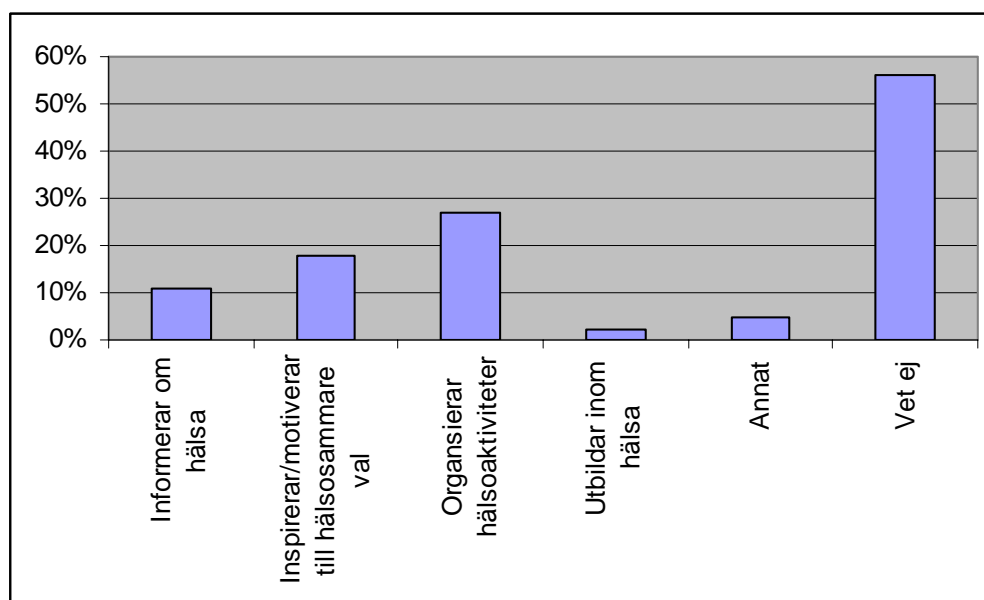
Tabell 7. De olika yrkesgruppernas kunskaper kring innebörden av rollen som hälsoinspiratör, andel (%)

	Goda	Mindre goda	Inga särskilda
Läkare (n = 38)*	(8)	(68)	(24)
Undersköterskor (n = 107)	22	41	37
Sjuksköterskor (n = 181)	25	43	32
Övrig personal (n = 135)	18	49	33

* Anm. Antalet i gruppen understiger 50.

$$\chi^2 = 12,481, df = 6, p = 0,052$$

När det gällde kunskap om vad hälsoinspiratören utför på avdelningen ansåg drygt en fjärdedel av respondenterna att de organiserar hälsoaktiviteter. Knappt en fjärdedel ansåg att hälsoinspiratören inspirerar och motiverar till hälsosammare val (Figur 2).



Figur 2. Beskrivning av vad respondenterna upplever att hälsoinspiratören gör på avdelningen (andel %, n = 455)

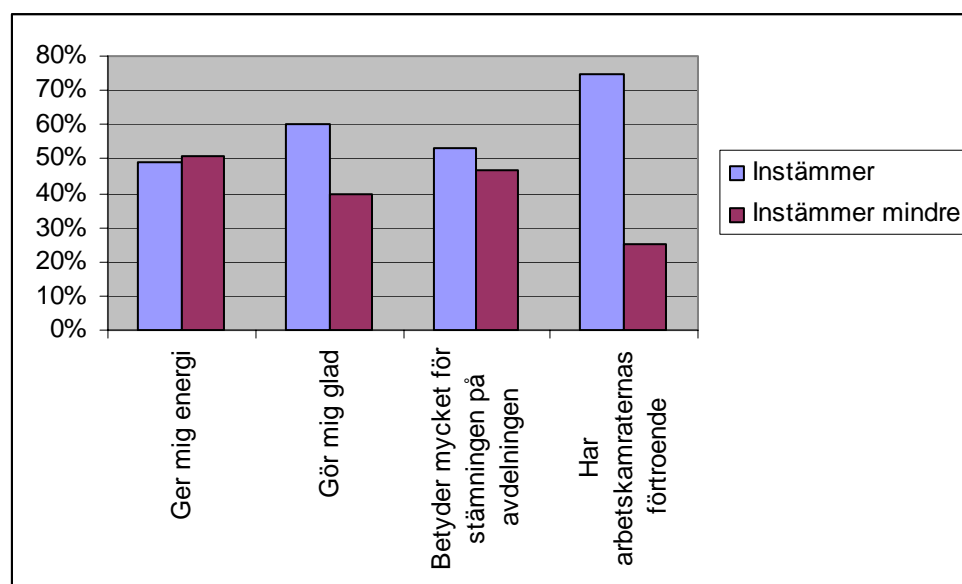
6.3 Synen på hälsoinspiratörens roll

Majoriteten av respondenterna såg hälsoinspiratören som något positivt och majoriteten såg även hälsoinspiratörsrollen som en källa till inspiration (Tabell 8).

Tabell 8. De anställdas syn på hälsoinspiratörens roll, andel (%)

	Instämmer	Instämmer mindre
Källa till inspiration (n = 373)	71	29
Ger mig dåligt samvete (n = 365)	16	84
Som något negativt (n = 363)	8	92
Ger mig en tankeställare (n = 369)	51	49
Inspirerar och engagerar i frågor som rör hälsa (n = 359)	57	43
Tar till vara på mina eventuella önskemål gällande friskvårdsprogrammet (n = 352)	51	49

Bland de respondenter som visste vem som var hälsoinspiratör på avdelningen ansåg majoriteten att rollen som hälsoinspiratör innefattar att ha arbetskamraternas förtroende (74 %) och att förmedla glädje (60 %) (Figur 3).



Figur 3. Synen på hälsoinspiratörens roll bland dem som vet vem som är hälsoinspiratör på avdelningen (andel %, n = 224)

Sjuksköterskorna och undersköterskorna är de yrkesgrupper som ser fördel med en hälsoinspiratör på avdelningen (Tabell 9).

Tabell 9. Yrkeskategoriernas syn på fördelen med en hälsoinspiratör på avdelningen, andel (%)

	Ser fördel	Ser mindre fördel	Ser ingen fördel	Vet ej
Läkare (n = 37)*	(41)	(14)	(5)	(40)
Undersköterska (n = 102)	48	28	1	23
Sjuksköterska (n = 173)	57	20	3	20
Övrig personal (n = 131)	37	30	4	29

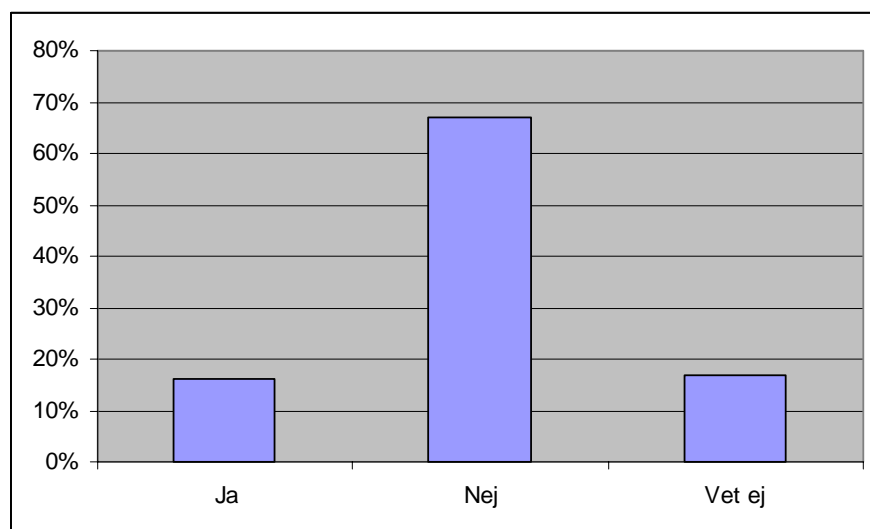
* Anm. Antalet i gruppen understiger 50.

$$\chi^2 = 21,825, df = 9, p = 0,009$$

6.4 Motivation och inspiration genom hälsoinspiratören

Av respondenterna i hela undersökningsgruppen (n=483) ansåg 9 % att de blivit inspirerade till hälsosammare val i vardagen av hälsoinspiratören, 69 % svarade att de inte blivit inspirerade och 22 % visste ej.

Bland de som visste vem hälsoinspiratören var hade mindre än 20 % blivit inspirerade till hälsosammare val i vardagen av hälsoinspiratören på avdelningen (Figur 4).



Figur 4. Andel (%) som inspirerats av hälsoinspiratören till hälsosamma val bland de som visste vem hälsoinspiratören var (n = 225)

Under de senaste 12 månaderna hade 24 % av de anställda aktivt deltagit i aktiviteterna i friskvårdsprogrammet medan 76 % endast vid enstaka gånger eller inte alls deltagit i aktiviteterna.

Minoriteten bland alla respondenterna svarade att de blivit motiverade till användning av friskvårdsprogrammet av hälsoinspiratören (Tabell 10).

Tabell 10. Upplevelse av hälsoinspiratörens motivation till användning av friskvårdsprogrammet, andel (%)

	I högre grad	I lägre grad	Varken eller
Graden av motivation till användning av friskvårdsprogrammet genom hälsoinspiratören (n=445)	14	38	48

Av dem som kände till vem hälsoinspiratören var, utgjorde sjuksköterskor den yrkesgrupp som i högre grad ansåg sig blivit motiverade till aktivt deltagande i friskvårdsprogrammet av hälsoinspiratören (Tabell 11).

Tabell 11. Yrkeskategoriernas syn på om hälsoinspiratörerna motiverar till aktivt deltagande i friskvårdsprogrammet bland dem som vet vem hälsoinspiratören är, andel (%)

	I högre grad	I lägre grad	Varken eller
Läkare (n = 5)*	(20)	(20)	(60)
Undersköterskor (n = 57)	19	37	44
Sjuksköterskor (n = 92)	32	28	40
Övrig personal (n = 60)	27	46	27

* Anm. Antalet i gruppen understiger 50.

Bland dem som visste vem hälsoinspiratören på avdelningen var, hade hälften av de som i högre grad blivit motiverade av hälsoinspiratören till att använda friskvårdsprogrammet, aktivt utnyttjat programmet. Andelen aktivt deltagande i friskvårdsprogrammet var lägre om respondenten inte blivit motiverad av hälsoinspiratören (Tabell 12).

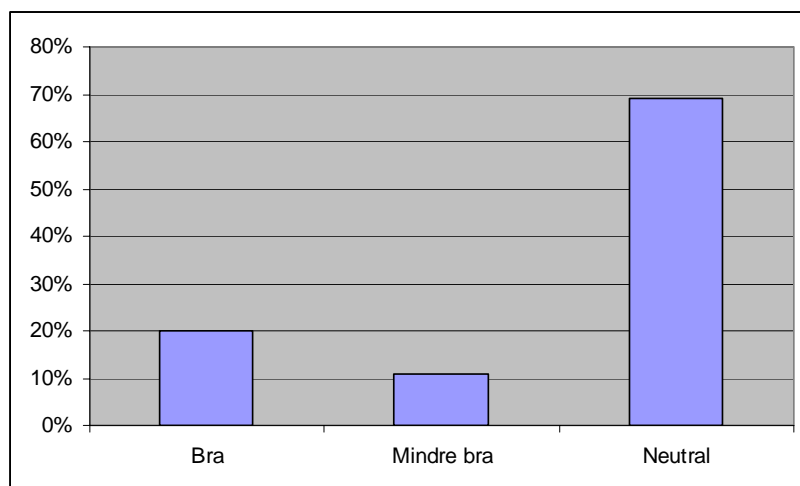
Tabell 12. Huruvida hälsoinspiratören motiverar till användning av friskvårdsprogrammet i relation till de anställdas utnyttjande av friskvårdsprogrammet under de senaste 12 månaderna bland de som vet vem hälsoinspiratören är, andel (%)

Hälsoinspiratören motiverar	Aktivt deltagit	Deltagit enstaka gånger/inte alls
I högre grad (n = 58)	52	48
I lägre grad (n = 70)	21	79
Varken eller (n = 90)	23	77

$$\chi^2 = 35,051, df = 2, p = 0,000$$

6.5 Hälsoinspiratörens kunskapsförmedling

Bland respondenterna uppgav 20 % att hälsoinspiratören bidrog till ökad kunskap kring hälsofrågor medan knappt 70 % var neutrala (Figur 5).



Figur 5. De anställdas syn på hälsoinspiratörens kunskapsförmedling kring hälsofrågor (andel %, n = 448)

Bland dem som visste vem som var hälsoinspiratör på avdelningen var majoriteten i alla yrkeskategorierna neutrala i synen på hälsoinspiratörens kunskapsförmedling när det handlade om hälsofrågor. Knappt en fjärdedel av undersköterskorna ställde sig positiva till hälsoinspiratörens omfattning av kunskapsförmedling gällande hälsofrågor (Tabell 13).

Tabell 13. Yrkeskategoriernas syn på hälsoinspiratörens kunskapsförmedling kring hälsofrågor bland dem som vet vem hälsoinspiratören är, andel (%).

	Bra	Mindre bra	Neutral
Läkare (n = 5)*	(11)	(8)	(81)
Undersköterskor (n = 57)	24	10	66
Sjuksköterskor (n = 92)	22	10	68
Övrig personal (n = 60)	18	14	68

* Anm. Antalet i gruppen understiger 50.

6.6 Sammanfattning av resultatet

Resultatet visade att CSK är en arbetsplats där kvinnorna är i majoritet och de flesta av de anställda befann sig i åldrarna 35-66 år. Nästan hälften av de anställda hade varit verksamma på sjukhuset 21 år eller mer. Sjuksköterskorna var den yrkesgrupp som dominerade till antalet och bestod till största delen av kvinnor, vilket även undersköterskorna gjorde.

Resultatet visade på att de anställdas upplevda hälsotillstånd var mycket bra i det stora hela och endast ett fåtal ansåg sin hälsa vara mindre bra. Det fanns ingen skillnad mellan könen angående hälsotillståndet. Majoriteten av de anställda ansåg att hälsan var individens eget ansvar oberoende av yrke. Resultatet visade att under de senaste 12 månaderna var det cirka en fjärdedel som aktivt deltagit i CSK: s friskvårdsprogram medan tre fjärdedelar endast deltagit vid enstaka gånger eller inte alls. Det var hälften av de anställda som visste vem som var hälsoinspiratör på avdelningen. Majoriteten av de anställda såg på rollen som hälsoinspiratör som något positivt och som källa till inspiration.

En femtedel av de som visste vem hälsoinspiratören på avdelningen var ansåg sig blivit inspirerade till hälsosammare val i vardagen av hälsoinspiratören. Bland de som visste vem hälsoinspiratören var hade i högre grad deltagit i friskvårdsprogrammet då hälsoinspiratören motiverat till deltagande. Sjuksköterskorna var den yrkesgrupp som i högst grad ansåg sig blivit motiverade. En femtedel ansåg att hälsoinspiratören förmedlade kunskap kring hälsofrågor.

7. Diskussion

Studiens diskussion är uppdelad i samma rubriker som resultatet är för att göra diskussionen lätt att följa. Avsnittet *Basfakta gällande undersökningsgruppen* i resultatet diskuteras inte enskilt utan kommer in under övriga rubriker. Vi är medvetna om att avsnitten går in i varandra och presenteras under fler än en rubrik då de ibland passar in på mer än ett ställe. Resultaten kommer även diskuteras i relation till litteraturgenomgången samt de teoretiska utgångspunkterna.

7.1 Kunskaper om hälsoinspiratören

Enligt resultatet i studien visste hälften av de anställda på CSK vem som var hälsoinspiratör på avdelningen. De som såg fördelen med en hälsoinspiratör var de som visste vem hälsoinspiratören på avdelningen var. Läkarna var den yrkesgrupp som i lägre grad visste vem som var hälsoinspiratör på avdelningen, medan undersköterskorna i högre grad visste vem det var. Sjuksköterskorna var den yrkesgruppen som såg störst fördel med att ha en hälsoinspiratör på avdelningen. Läkarna samt övrig personal var de yrkeskategorier som såg mindre fördel. Hälften av de anställda nås inte av hälsoinspiratörens kunskapsförmedling och får därmed inte ta del av det engagemang och den kunskap kring hälsosamma val som hälsoinspiratören kan ha. Det är av stor betydelse att fler av de anställda får veta vem som är hälsoinspiratör eftersom fler då kan se fördelen. En förklaring till att läkarna i lägre grad visste vem som var hälsoinspiratör samt såg mindre fördel med denne kan vara att läkarna jobbar mer ensamma och därför inte kommunicerar i samma grad som sjuksköterskorna. I ett sociokulturellt perspektiv sker lärande i sociala sammanhang såsom i möten, samspel, i diskussion samt kommunikation (Säljö, 2000). Då läkarna jobbar ensamma i större utsträckning än till exempel sjuksköterskorna kan lärandet om vem som är hälsoinspiratör försvåras för dem. Även Glasberg et al (2006) menar att läkare tenderar att ha mindre socialt stöd från arbetskamrater då de arbetar mer ensamma än sjuksköterskorna. Genom kommunikation och information bör kunskapen om vem som är hälsoinspiratör kunna spridas. Angelöw (2002) menar att på en hälsosam arbetsplats bör det finnas en god kommunikation med en välutvecklad dialog för att främja delaktighet och inflytande för de anställda. Även Hansson (2004) påpekar att kommunikationen spelar en stor roll för delaktigheten. För att kunna öka delaktigheten är det av stor vikt att människor lär känna varandra som personer (ibid). Ett välfungerande socialt nätverk och socialt stöd är starkt förknippat med en god hälsa och påverkar individens psykologiska och fysiska hälsa samt beteenden och hälsorelaterade val i positiv riktning (Melchior et al, 2003; Niedhammer & Chea, 2003).

Hälsoinspiratören har en viktig roll då den kan anordna sociala aktiviteter där det sociala stödet och nätverket på CSK kan stärkas och det är därför av stor vikt att de anställda vet vem det är. I CSK: s arbetsbeskrivning för hälsoinspiratörer belyses att en av arbetsuppgifterna är att anordna aktiviteter för den egna avdelningen (Friskvårdsenheten, personlig kommunikation, 2 april, 2007).

Majoriteten av de anställda ansåg sig ha mindre goda kunskaper kring vad rollen som hälsoinspiratör innebär. Studien visade att drygt en fjärdedel av de anställda ansåg att hälsoinspiratören organiserar hälsoaktiviteter. Det var elva procent som svarade att hälsoinspiratören informerar om hälsa men endast två procent ansåg att hälsoinspiratören utbildar inom hälsa. Det var högst svarsfrekvens på alternativet *vet ej*. Om hälsoinspiratörsrollen varit mer utvecklad och synlig hade fler haft insikt i vad rollen innebär. Det hade inneburit att fler kunnat använda sig av hälsoinspiratörerna på arbetsplatsen för att få ökad kunskap och motivation till att göra hälsosamma val. Än en gång markeras kommunikationen då Säljö (2000) menar att kommunikation är en viktig bidragande del för att människor ska bli delaktiga och få kunskaper och färdigheter. Vidare anser Angelöw (2002) att på en hälsofrämjande arbetsplats finns en god kommunikation med en välutvecklad dialog vilket främjar till delaktighet och inflytande.

7.2 Synen på hälsoinspiratörens roll

Resultatet visar att majoriteten av de anställda bland annat såg hälsoinspiratörens roll som något positivt, en källa till inspiration och som någon som inspirerar och engagerar i frågor som rör hälsa. Av de som visste vem hälsoinspiratören var ansåg mer än hälften att rollen som hälsoinspiratör innefattade att höja stämningen på avdelningen, sprida glädje samt att ha arbetskamraternas förtroende. Resultatet visar att det finns utvecklingsmöjligheter då hälsoinspiratörens roll är betydelsefull som bland annat ett socialt stöd och som inspiration till hälsosammare val. Människor behöver stöd till att välja hälsosam livsstil samt förändra hälsorelaterade beteendemönster (Ewless & Simnett, 2005). Helkama et al. (2004) menar att en viktig motiverande faktor vid all inläring är känslan av självförmåga. Den vikariella upplevelsen förstärks när någon uppmuntrar individen och bekräftar den och dess förmåga. Hälsoinspiratören är viktig när det gäller att påverka verbalt genom positiva fraser, som kan leda till ett gott humör. Helkama et al. (2004) beskriver att en individ som är på gott humör har lättare att uppskatta sin självförmåga än om han är på dåligt humör. Det är viktigt vem som säger vad och vad som sägs för att en individ ska ta till sig och bli motiverad. Det är när kunskapskällan upplevs som trovärdig och pålitlig som det verbala budskapets påverkan ökar (ibid). Griffiths et al (2006) menar att när den fysiska och sociala miljön förbättras stödjer det hälsan i positiv riktning. De anställda på CSK ser hälsoinspiratören som något positivt vilket är bra då den kan inspirera de anställda till att bli på till exempel gott humör vilket gör det lättare för individen att uppskatta sin självförmåga vilket behövs vid till exempel hälsorelaterade beteendeförändringar. Vid all inläring är självförmågan grundläggande för att kunna starta en process i beteendeförändring (Helkama et al, 2004).

Ungefär hälften av de anställda ansåg att hälsoinspiratörens roll bör innefatta att ta till vara på önskemål gällande friskvårdsprogrammet, vilket stämmer väl med intentionerna. Enligt arbetsbeskrivningen ska hälsoinspiratörerna påverka friskvårdsprogrammet genom att fånga upp de anställdas åsikter om utbudet (Friskvårdsenheten, personlig kommunikation, 2 april, 2007).

Om hälsoinspiratörerna uppmuntrar de anställda till att komma med förslag och åsikter gällande friskvårdsprogrammet kan ännu fler påverka utbudet av aktiviteter som passar just dem och som motiverar dem till att använda sig utav det. Individerna behöver få möjlighet till att påverka sin omgivning och till att ha känslan av att hon vill och kan påverka vilket skapar empowerment (Medin & Alexandersson, 2000). Genom empowerment från hälsoinspiratören kan individen motiveras till att ta ansvar över sin egen hälsa. Hälsoinspiratören kan på så sätt bidra till att skapa möjlighet till inflytande och delaktighet, vilket Hanson (2004) menar gynnar människors hälsa.

7.4 Motivation och inspiration genom hälsoinspiratören

Resultatet visade att av de anställda hade mindre än en tiondel blivit inspirerade till hälsosammare val i vardagen av hälsoinspiratören. Av dem som visste vem hälsoinspiratören var ansåg en femtedel av de anställda att hälsoinspiratören hade inspirerat dem till hälsosammare val i vardagen. Det bör alltså finnas möjlighet för hälsoinspiratören att inspirera fler anställda till hälsosamma val. Unge et al. (2004) menar att hälsofrämjande arbetsplatser verkar för att utveckla en god hälsa för de anställda samt att utveckla goda hälsorelaterade beteenden. Det är viktigt att viljan till förändring finns hos den anställde och att lusten ska komma inifrån människan och kännas genuin, men det kan behövs stöd utifrån till exempel från hälsoinspiratören. Brug et al (2005) menar att uppmuntran och stimulans behövs för att kunna genomföra och bibehålla beteenden som leder till hälsosammare val. Det är en långsiktig process att förändra ett beteende och tar lång tid att implementera. Individerna behöver ett motiv till det den ska göra. Det behövs ett mål där individen ser nyttan och behovet med aktiviteten samt att den upplevs som lustfylld. För att individen ska se relevansen i det som den behöver bli motiverad till behöver individen veta vilka konsekvenserna blir för deras välbefinnande (Kimiecik, 2000). Beteendeförändringen sker i etapper mot ett hälsosammare beteende (Faskunger, 2002). Det hälsofrämjande arbetet måste få ta tid och fortgå utan tidsbegränsning, det är inget som påbörjas för att sedan avslutas vid en viss tid. Stages of Change modellen är en användbar modell som hälsoinspiratören kan arbeta utifrån för att motivera sina arbetskamrater till hälsosammare val i vardagen. Genom att hälsoinspiratören finns tillgänglig på arbetsplatsen kan arbetskamraterna få stöd och motivation i sin vardag vid hälsorelaterade beteendeförändringar. Risken för återfall i Stages of change modellen kan minskas då individen har stöd från hälsoinspiratören, som kan motivera genom sin kunskap om hälsosamma val.

Det var nästan nio av tio som utövade någon form av friskvårdsaktivitet utanför CSK: s friskvårdsprogram. Vidare visar resultatet att oberoende av yrke ansåg majoriteten att hälsan är individens eget ansvar. Det kan relateras till Illeris (2001) som menar att vuxna vill leva sina egna liv och ta ansvar för sig själva. Majoriteten av de anställda tar alltså ansvar för sin egen hälsa då de utövar friskvårdsaktiviteter på fritiden. En tredjedel av de anställda på CSK ansåg sig ha ett mycket bra hälsotillstånd och mer än hälften ansåg sitt hälsotillstånd vara ganska bra, vilket är ett resultat som är jämförbart med nationella undersökningar om självupplevd hälsa (Socialstyrelsen, 2005). Det var ingen skillnad mellan kvinnor och män. Betydelsen av friskvårdsaktiviteter är subjektiv och i studiens resultat framkommer inte vad friskvårdsaktiviteter innebär för de anställda. Vi menar att friskvårdsaktiviteter ska innehålla fysiska, psykiska och sociala delar, då det enligt Angelöw (2002) är viktigt att se hälsa ur ett holistiskt perspektiv. Hälsotillståndet beskrevs som mycket bra av en tredjedel av de anställda.

Med tanke på att resultatet visar att många utövar friskvårdsaktiviteter på fritiden borde de anställdas upplevelse av hälsotillståndet vara bättre. Det kan visa på att synen på vad som är friskvårdsaktiviteter och även upplevelsen av hälsotillståndet är subjektivt.

Trots det stora utbudet i friskvårdsprogrammet visade resultatet att under de senaste tolv månaderna var det bara en fjärdedel av de anställda som deltagit aktivt medan tre fjärdedelar endast deltagit vid enstaka gånger eller inte alls. Den låga användningen av CSK: s friskvårdsprogram kan hänga samman med att de anställda till stor del anser att hälsa är individens eget ansvar och att de hellre är aktiva utanför friskvårdsprogrammet. Vår studie visade att de som visste vem hälsoinspiratören var hade fler deltagit i friskvårdsprogrammet då hälsoinspiratören motiverat till deltagandet. Hälsoinspiratörerna spelar en viktig roll när det handlar om få de anställda att utnyttja friskvårdsprogrammet då de är tillgängliga i vardagen för de anställda. Den yrkesgrupp som ansåg sig mest motiverade av hälsoinspiratören till användning av friskvårdsprogrammet var sjuksköterskorna. Melchior et al (2002) beskriver det sociala nätverket samt det sociala stödet som starkt förknippat med hälsan. Glasberg et al (2006) visar på att det sociala stödet och motivation hänger samman då sjuksköterskorna som arbetar i grupp har lättare för att bli motiverade, medan läkarna och övrig personal som arbetar mer enskilt kan tänkas bli mindre motiverade till att delta i CSK: s friskvårdsprogram. I friskvårdsprogrammet erbjuds de anställda att delta i olika former av aktiviteter som kan öka välbefinnandet (Ericson & Hellman, 2006). Friskvårdsprogrammet erbjuder även upplevelser så som spökvandring samt ett brett teaterutbud (Ericson & Hellman, 2006). Hanson (2004) beskriver att aktiviteter i en annorlunda miljö gärna med inslag av fysisk aktivitet, kan behövas för att hjälpa till med att bidra till att lära känna varandra och samtala på ett djupare plan samt bryta mönster och invanda roller. Den stora variationen av aktiviteterna i friskvårdsprogrammet ger fysiska, psykiska och sociala inslag.

7.5 Hälsoinspiratörens kunskapsförmedling

Resultatet visade att en femtedel av de anställda ansåg att hälsoinspiratören bidrog till ökad kunskap kring hälsofrågor, medan majoriteten av de anställda såg sig vara neutrala till hälsoinspiratörens kunskapsförmedling kring hälsofrågor. Även bland de respondenter som visste vem hälsoinspiratören var ställde sig majoriteten neutrala till kunskapsförmedlingen gällande hälsofrågor. Även när det gäller kunskapsförmedling förefaller det alltså finnas möjligheter till utveckling och förbättring. Det är av stor vikt att kunskapsförmedling sker med hjälp av en välinformerad samt välutbildad person så att inte trovärdigheten brister (Ewles & Simnett, 2005). Det är möjligt att hälsoinspiratörerna borde erbjudas mer utbildning samt få mer avsatt tid för att kunna genomföra de tänkta uppgifterna hälsoinspiratören har. Bristande färdigheter och kunskaper kring hälsofrågor kan begränsa hälsoarbetaren i det hälsofrämjande arbetet (ibid). Då arbetsplatsen är en arena som innefattar stora delar av den vuxna befolkningen kan hälsoinspiratören nå ut till alla samhällsklasser med sitt hälsobudskap. Hälsoinspiratören är en ordinarie anställd och kollega och därmed någon som de anställda kan identifiera sig med. De kommunikationshinder som Ewles och Simnett (2004) beskriver såsom *sociala och kulturella klyftor* samt *begränsad förståelse* mellan hälsoinformatören och mottagaren kan minskas eftersom hälsoinspiratören är en arbetskollega med samma arena som utgångsläge. Hälsoinspiratörens huvuduppgift bör vara att förmedla hälsofrågor till de anställda och därmed öka medvetenheten kring hälsa och välbefinnande. Thier (1996) menar att pedagoger bör se människan som en gränslös källa som är öppen för lärande samt som en aktiv psykisk varelse styrd av miljö och påverkan. Hälsoinspiratören bör

vara medveten om detta synsätt för att nå ut till de anställda på ett bra sätt. För att tillgodose detta synsätt och för att motivera till lärande och beteendeförändringar behöver hälsoinspiratören i mötet med de anställda vara lyhörd och öppen för dialog. Ett kompletterande sätt för hälsoinspiratören att nå ut även till de som inte vet vem hälsoinspiratören är, kan vara genom att sätta upp affischer och anslag och på så sätt göra sig tydlig med sin hälsokommunikation. Kunskapen om hur man förbättrar sin hälsa och vad som påverkar den är något som varje medarbetare på en arbetsplats borde veta för att hälsostatusen och välbefinnandet ska öka (Unge et al, 2004). Hanson (2004) menar dock att kärnan i kommunikationen människor emellan är dialogen. Med tanke på det, kan vi se ett tydligt samband varför läkarna är den grupp som ser mindre nytta med att ha en hälsoinspiratör på avdelningen då de jobbar mest individuellt och kommunicerar mindre med den övriga personalen och då även med hälsoinspiratören. På en arbetsplats behövs det nyckelpersoner som kan förmedla kunskap om hälsans villkor till övriga anställda (Hanson, 2004) och hälsoinspiratören är en sådan nyckelperson.

Av de anställda på CSK hade tretton procent vid något eller några tillfällen diskuterat hälsofrågor med hälsoinspiratören det senaste halvåret. Det visar att hälsoinspiratörerna når ut till en del av de anställda, men kanske hade den siffran kunnat öka om fler vetat vem hälsoinspiratören är. En av anledningarna till att endast ett fåtal diskuterat hälsofrågor med hälsoinspiratören kan vara att hälsoinspiratörerna har begränsat med avsatt tid till uppgiften. Hade hälsoinspiratörerna haft med tid till att kommunicera kring hälsofrågor hade den i högre grad kunnat påverka de övriga anställda i hälsorelaterade attityder och beteenden. KAB-modellen: KUNSKAP → ATTITYD → BETEENDE, beskriver att kunskap kan leda till förändring i attityden som med tiden leder till ett förändrat beteende (G. Jarlbro, personlig kommunikation, 14 december, 2005). Det visar att om hälsoinspiratörerna sprider kunskap på CSK kring hälsa, kan det leda till förändrad attityd och så småningom till ett förändrat beteende hos de anställda. Naidoo och Wills (2000) är dock kritiska och menar att det inte finns ett självklart samband mellan människors attityder och beteende då en förändrad attityd ibland kan stimulera till beteendeförändring och i andra fall kan beteendeförändring influera attityder.

Enligt oss är det av stor vikt att det hälsofrämjande arbetet fungerar väl på CSK. Det har under de senaste åren rapporterats ökad oro och stress inom vården (Montes-Berges & Augusto, 2007). Inom vårdyrket pågår det ständiga interaktioner med många olika individer, så arbetskamrater, chefer, patienter samt deras anhöriga. Det är ett komplext arbete i en stressad miljö där vårdpersonalen påverkas och utsätts. Stress på arbetsplatsen kan påverka organisationens ekonomi negativt. En god hälsa och en bra ekonomi går hand i hand, då en välmående personal presterar bättre (Montes-Berges & Augusto, 2007). Hanson (2004) påpekar att arbetande människor fungerar bäst när de ges möjlighet till arbetsglädje, stolthet och välbefinnande, vilket vi menar de anställda kan få genom hälsoinspiratören som en del av det hälsofrämjande arbetet på CSK. När individen känner stolthet och glädje leder det till en känsla av meningsfullhet över sin arbetsituation (Antonovsky, 1991).

Utifrån en annan studie på CSK om chefernas uppfattningar fanns det en tendens att hälsoinspiratörerna hade avdelningschefernas fulla förtroende. Vidare framkom det att hälsoinspiratörens roll enligt cheferna var att motivera till användning av friskvårdsprogrammet. En del såg även hälsoinspiratörerna som budbärare av hälsobudskapet mer än vad cheferna själva ansåg sig vara.

Vidare påpekade cheferna att hälsoinspiratörerna var mycket aktiva gällande friskvårdsprogrammet och att cheferna inte behövde driva så mycket själva i frågan.

Samarbetet mellan avdelningschef och hälsoinspiratör skilde sig åt mellan olika avdelningar (Olsson & Rosberg, 2007). Resurser, ledarskap och egen kraft är nyckelord för en hälsofrämjande arbetsplats (Menckel, 2004). Hälsoinspiratören kan ses som resursen, cheferna utgör ledarskapet och den egna kraften är något varje individ på CSK bör ha. Med vår studie ville vi belysa hälsoinspiratörerna på CSK och det framkom att de kan ses som en del av en källa till fysisk, psykisk och social hälsa.

7.8 Metoddiskussion

En kvantitativ metod valdes till studien, främst för att resultatet skulle kunna generaliseras till att gälla hela CSK. Den kvantitativa studien är att föredra om resultatet från en undersökning i viss mån ska kunna generaliseras (Ejlertsson, 2003). Undersökningen var en tvärsnittsstudie och gav därmed en ögonblicksbild utan tidsaspekt varken framåt eller bakåt. Ejlertsson (2003) påpekar att en tvärsnittundersökning kan visa att det finns samband mellan olika variabler men den kan inte visa vad som påverkar vad. I studiens resultat kan samband påvisas mellan olika variabler men det visar inte vilken riktning sambandet har.

Enkäten delades ut till 794 anställda på CSK varav 790 hade möjlighet att svara. Svarsfrekvens uppgick till 61,1 procent. Bortfallet uppgick därmed till 38,9 procent. En enkätundersökning som är noga förberedd bör kunna få en svarsfrekvens kring 80 procent eller mer (Ejlertsson, 2005), vilket inte uppnåddes trots omfattande arbete.

Studien förbereddes väl till exempel genom en kritisk granskning av enkätfrågorna utav de tre uppsatsparen som samarbetade. En pilotgrupp studerade våra enkätfrågor och på så sätt kunde vi se om respondenterna tolkat våra frågor rätt och om frågorna verkligen mätte det vi ville mäta. Tillsammans med enkäten skickades ett följebrev där vikten påpekades av att delta i studien och därmed bidra till det hälsofrämjande arbetet på CSK. Förutom pilotstudier och följebrev som ett sätt att försöka höja svarsfrekvensen beskriver Ejlertsson (2005) vikten av att skicka ut påminnelser. Två påminnelsebrev skickades ut för att ytterligare höja svarsfrekvensen. Kontaktpersonen på CSK skickade även ut två påminnelser över sjukhusets intranät.

Enkäten skickades ut den 20 november 2006. Den låga svarsfrekvensen i studien kan delvis ha berott på närheten till december och därmed julen. Ejlertsson (2005) menar att det är mindre lämpligt att dela ut enkäter i december då många har fokus på julen och dess förberedelser. Kontaktpersonen på CSK menade även att personalen kan ha haft en viss mättnad på enkätundersökningar, då andra undersökningar gjorts på sjukhuset strax innan enkäten delades ut. Tyvärr hade vi ingen möjlighet att välja en annan tidpunkt för distribution av enkäten eftersom det var viktigt för oss att påbörja bearbetningen och analysen av materialet snarast.

I enkäten fanns svarsalternativ så som *Ganska dåligt*, *Mycket dåligt*, *Nej, inte speciellt*, *Nej, inte alls* samt *Instämmer inte alls*. Ett salutogent perspektiv valdes i presentationen av resultaten för att de negativa svarsalternativen skulle få en mer positiv klang. I resultatet presenterades svaren därför med till exempel *Mindre bra*, *Instämmer mindre* samt *I lägre grad*.

Det interna bortfallet blev störst på fråga 29 som handlade om respondenterna syn på hälsoinspiratörens roll, där tio frågor skulle besvaras med hjälp av graderade svarsalternativ

från ett till sex. I efterhand inser vi att frågan kunde ha ställts på ett tydligare sätt. Frågan avsåg att få svar på hur respondenterna rent allmänt såg på hälsoinspiratörens roll. Vi inser dock att respondenterna kan ha uppfattat frågan till att gälla de specifika hälsoinspiratörerna som finns på avdelningarna på CSK. Tolkades frågan på ett sådant sätt blev det svårt att besvara den för de respondenter som inte visste vem som var hälsoinspiratör på avdelningen. Hänsyn bör tas till denna invändning när resultatet från frågan används.

Trots det förhållandevis stora bortfallet blev det procentuellt ett representativt stickprov sett till kön, åldersfördelning och yrkeskategorier jämfört med alla anställda på CSK (Tabell 1). Då stickprovet kunde ses som en miniatyr av hela populationen på CSK kunde i viss mån resultatet generaliseras (Ejlertsson, 2005).

Fördelen med studien är storleken. 794 enkäter delades ut och trots att bortfallet blev relativt stort fanns det mycket material att arbeta med vilket gav analyserna en högre statistisk styrka. Det stora antalet respondenter gjorde att många av de anställda på CSK fick komma till tals. Tack vare den stora undersökningsgruppen kunde även materialet delas upp i grupper, så som yrkesindelningarna. Det gjorde att jämförelser mellan yrkesgruppernas åsikter om hälsoinspiratörerna kunde göras. Stickprovet var representativt för hela populationen på CSK och därför kunde resultatet i viss mån generaliseras.

8. Slutsats och folkhälsopedagogisk relevans

Utifrån presenterat resultat ser vi hälsoinspiratörerna som viktiga i det hälsofrämjande arbetet på CSK då de bland annat kan fungera som ett socialt stöd i den stressade världen inom vården. Redan idag fungerar hälsoinspiratörerna som kunskapsförmedlare och inspiratörer för en del av de anställda, men det finns en stor potential att utveckla arbetet för att nå ännu fler. Kopplingen mellan hälsoinspiratörer och friskvårdsprogrammet kan fördjupas och göras tydligare. Människor behöver stärka sin självkänsla genom kunskap för att utveckla hälsosamma beteenden. Då hälsoinspiratören finns på arbetsplatsen som en i gänget, har de stora möjligheter att motivera och inspirera sina arbetskamrater i det vardagliga arbetet. De anställda ska kunna identifiera sig själva med den individen som valts ut till hälsoinspiratör för att bli motiverad till att göra hälsosamma förändringar i livssituationen. Hälsoinspiratören behöver tid för sina uppgifter, samt utbildning för att känna sig säker i sin roll. Att driva hälsofrågor är ett stort ansvar som kräver mycket kunskap och engagemang. I rollen som hälsoinspiratör är det av stor vikt att utgå från det salutogena perspektivet. För att underlätta för hälsoinspiratörerna att utgå från det salutogena perspektivet behöver hela organisationen sträva åt samma håll.

Vår förhoppning är att vår studie kan användas av CSK för att utveckla hälsoinspiratörernas arbetsroll och att den även kan komma till nytta för andra arbetsplatser som använder sig av hälsoinspiratörer. Genom vår undersökning hoppas vi kunna medvetandegöra begreppet hälsoinspiratör och hur det kan användas för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser. Vår förhoppning är att vår studie kan öka intresset för hälsoinspiratörerna och deras roll på CSK och att studien har startat en process mot att utveckla hälsoinspiratörsrollen på CSK.

9. Litteraturförteckning

Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur

Angelöw, B. (2002) *Friskare arbetsplatser. Att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats*. Lund: Studentlitteratur

Bauman, A. & Craig, C. L., (2005) The place of physical activity in the WHO Global Strategy on Diet and Physical Activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2:10

Bengoechea, E. G., Spence, J. C. & McGannon, K. R. (2005) Gender, differences in perceived environmental correlates of physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2:12

Biddle, S. J.H. & Mutrie, N. (2001) *Psychology of Physical Activity. Determinants, well-being and interventions*. Routledge: London

Bjurvald, M. (2004) Från arbetarskydd till hälsofrämjande arbetsplatser. I Källestål, C. (red.). *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser. Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter (pp. 11-13)*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut

Brug, J., Oenema, A. & Ferreira, I. (2005) Theory, evidence and Intervention Mapping to improve behavior nutrition and physical activity interventions. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2:2

Docherty, G., Fraser, E. & Hardin, J. (1999) Health promotion in the Scottish workplace: a case for moving the goalposts. *Health Education Research. Theory & Practice*. 14: 565-573.

Eisele, P. (2003) *Experimentell och tillämpad socialpsykologi*. Lund: Studentlitteratur

Ejlertsson, G. (2003) *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur

Ejlertsson, G. (2005) *Enkäten i praktiken – en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur

Ericson, R. & Hellman, N. (2006). *Främja hälsan, program hösten 2006*. Kristianstad: Centralsjukhuset Kristianstad och Hässleholms sjukhusorganisation

Ewles, L. & Simnett, I. (2005) *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur

Faskunger, J. (2002) *Motivation för motion hälsovägledning steg för steg*. Farsta: SISU idrottsböcker

Friskvårdsenheten (annchristin.dahlstrom@skane.se). (2007 april 2). Arbetsbeskrivning för hälsoinspiratör på Centralsjukhuset Kristianstad. E-post till mottagaren. (n.sofie@gmail.com)

Glasberg, A. L., Eriksson, S. & Norberg, A. (2007) Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing* 57(4), 392-403

- Griffiths, R., Horsfall, J., Moore, M., Lane, D., Kroon, V. & Langdon, R. (2007) Assessment of health, well-being and social connections: A survey of women living in Western Sydney. *International Journal of Practice*; 13: 3-13
- Hammar, N. & Persson, G. (1995) *Grunderna i biostatistik*. Lund: Studentlitteratur
- Hansson, A. (2004) *Hälsopromotion i arbetslivet*. Malmö: Studentlitteratur
- Health Promoting Hospitals [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.natverket-hfs.se/> (2006-10-09).
- Helkama, K., Myllyniemi, R. & Liebkind, K. (2004) *Socialpsykologi – en introduktion*. Malmö: Liber AB
- Holm Ivarsson, B. (2004) *Det motiverande samtalet om tobaksvanor*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2004:51
- Illeris, K. (2001) *Lärandet i möte mellan Piaget, Freud och Marx*. Lund: Studentlitteratur
- Jarlbro, G. (2004) *Hälsokommunikation – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur
- Janlert, U. (2000) *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och Kultur
- Kimiecik, J. (2000). Learn to love exercise. *Psychology Today* 33: 20-22
- Korpen (christin.berg@korpen.se). (2006, oktober 9). Hälsinspiratörsutbildning. E-post till mottagaren. (n.sofie@gmail.com)
- Krantz, G. & Östergren, P-O. (2000) Double exposure. The combined impact of domestic responsibility and job strain on common symptoms in employed Swedish women. Göteborg: Nordic School of Public Health. *European Journal of Public Health* 11: 413-419
- Unge, C., Schelp, L. & Källestål, C. (2004) Systematisk kunskapsöversikt om effektiviteten av program för att främja hälsan på arbetsplatser. I Källestål, C. (red.). *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser. Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter* (pp. 19-46). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut
- Medin, J. & Alexandersson, K. (2000) *Begreppen hälsa och hälsofrämjande - en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur
- Melchior, M., Berkman, L. F., Niedhammer, I., Chea, M. & Goldberg, M. (2003) Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Social Science & Medicine* 56: 1817-1830
- Menckel, E. (2004) Arbetsplatsen som arena för hälsoarbete. I Källestål, C. (red.). *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser. Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter* (pp. 15-17). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut

- Montes-Berges, B. & Augusto, J.-M. (2007) Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14: 163-171
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000) *Health promotion. Foundations for practise*. London: Barillière Tindall
- Niedhammer, I. & Chea, M. (2003) Psychosocial factors at work and self reported health: comparative result of sectional and prospective analyse of the the French GAZEL cohort. *Occup Environ Med* 60: 509-515
- Nilsson, K., Hertting, A., Pettersson, I. & Theorell, T. (2005) Pride and confidence at work: potential predictors of occupational health in a hospital setting. *BMC Public Health* 5:92
- Olsson, I. & Rosberg, J., (2007) "*Det är ju en chefsfråga, men ligger det i mitt uppdrag?*". *Avdelningschefer om hälsa och hälsoskapande på arbetsplatsen. En kvalitativ studie i samarbete med Centralsjukhuset i Kristianstad*. Kristianstad: Högskolan Kristianstad, Institutionen för hälsovetenskaper. Uppsatsarbete i folkhälsovetenskap. C-uppsats 20 poäng (Folkhälsovetenskap 51-60 och pedagogik 51-60).
- Olsson, U. (2001) Om folkhälsovetenskapens historia. I Svederberg, E., Svensson, L., Kindeberg, T. (red.). *Pedagogik i hälsofrämjande arbete* (pp. 35-72). Lund: Studentlitteratur
- Olander, E. (2001) Hälsövägledning i barnhälsovården, praktiskt pedagogiska aspekter. I Svederberg, E., Svensson, L., Kindeberg, T. (red.) *Pedagogik i hälsofrämjande arbete* (pp. 232-250). Lund: Studentlitteratur
- Pellmer, K & Wramner, B. (2001) *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB
- Regeringsproposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Stockholm: Socialdepartementet
- Socialstyrelsen (2005) *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Svederberg, E. & Svensson, L., (2001) Ett folkhälsovetenskapligt synsätt. I Svederberg, E., Svensson, L., Kindeberg, T. (red.). *Pedagogik i hälsofrämjande arbete* (pp. 17-34). Lund: Studentlitteratur
- Säljö, R. (2000) *Lärande i praktiken. Ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Prisma
- Thier, S. (1996) *Det pedagogiska ledarskapet*. Mariehamn: Mermerus
- Vygotsky, L. S. (1993) *The collected works of L. S. Vygotsky. Volume 2 The Fundamentals of Defectology (Abnormal Psychology and Learning Disabilities)*. New York: Plenum Press
- Wahlgren, L. (2005) *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur
- Wester, A., (2001) Den svärfångade motionären. I Svederberg, E., Svensson, L., Kindeberg, T. (red.) *Pedagogik i hälsofrämjande arbete* (pp. 185-206). Lund: Studentlitteratur

WHO (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. [Elektronisk] Tillgänglig:
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (2007-03-28)

Till dig som arbetar på Centralsjukhuset Kristianstad!

Vi är sex studenter på det folkhälsovetenskapliga programmet på Högskolan Kristianstad och som examensarbete planerar vi en enkätundersökning som grund till våra C-uppsatser. Syftet med studien är att ta reda på din syn på friskvårdsprogrammet. Resultaten kommer också att användas till fördjupade studier vid Högskolan Kristianstad kring arbetshälsa.

Därför skickar vi ett frågeformulär till dig och ca 800 andra slumpmässigt utvalda anställda på Centralsjukhuset Kristianstad. Genom att du delger din åsikt kan sjukhuset få ett underlag till att utveckla friskvårdsprogrammet till att passa er anställda på ett bättre sätt.

Ditt deltagande i undersökningen är naturligtvis frivilligt, men det är betydelsefullt för undersökningens kvalitet, att du som får frågeformuläret besvarar det. Försök svara så fullständigt som möjligt på alla frågorna. Skicka sedan frågeformuläret i bifogat svarskuvert med intern post så fort som möjligt och helst inom en vecka. Enkäterna kommer sedan att skickas vidare till Högskolan Kristianstad.

Dina svar kommer att behandlas anonymt!

Några möjligheter att identifiera just ditt svar finns inte. Presentationen av data kommer att ske i tabellform och andra sammanställningar.

Om du har några problem att besvara frågorna eller har synpunkter på frågeformuläret, ring då gärna något av nedanstående telefonnummer.

Trots att vi förorsakar dig ett visst besvär, hoppas vi att du vill hjälpa oss att delge oss dina åsikter om friskvårdsprogrammet.

Tack på förhand för din medverkan!

Kristianstad, november 2006

Sara Gadd Andersson
Studerande



Ann Nilsson
Studerande




Heidi Oksenfeld
Studerande



Sofie Nilsson
Studerande

Lisandra Liljenberg
Studerande

Sara Säwenmyr
Studerande

Ingemar Andersson
Univ. Lektor, handledare
Tele: 

Enkät om friskvårdsprogrammet vid CSK

För ett par veckor sedan skickade vi ut ett frågeformulär till dig, där vi bland annat var intresserade av hur du upplever friskvårdsprogrammet vid CSK. Har du redan hunnit svara tackar vi för din medverkan. Om du inte svarat vore vi tacksamma om du har möjlighet att besvara frågeformuläret.

Det är en betydelsefull undersökning där resultatet används till C-uppsatser av studenter samt fördjupade studier vid Högskolan Kristianstad. Vi hoppas att det kan leda till en utveckling av friskvårdsprogrammet och att resultatet ska kunna användas i flera olika sammanhang där sjukhus arbetar med hälsa i ett medarbetarperspektiv.

Ditt deltagande i undersökningen är naturligtvis frivilligt, men det är viktigt för undersökningens kvalitet, att du som får frågeformuläret besvarar det. Vi skulle därför vara tacksamma om du ville besvara frågorna och skicka in formuläret i svarskuvert med intern post, så snart som möjligt. Har du inte längre tillgång till frågeformuläret kan nytt hämtas vid Informateket, plan två.

Om du har några frågor eller synpunkter på formuläret, ring då gärna något av nedanstående telefonnummer.

Vi tackar på förhand för din medverkan i undersökningen.

Kristianstad, november 2006

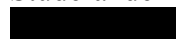
Sara Gadd Andersson
Studerande



Ann Nilsson
Studerande




Heidi Oksenfeld
Studerande



Sofie Nilsson
Studerande

Lisandra Liljenberg
Studerande

Sara Säwenmyr
Studerande

Ingemar Andersson
Univ. Lektor, handledare
Tele: 

Läs noga igenom frågan med tillhörande svarsalternativ. Svara sedan på frågan genom att sätta ett kryss i rutan på slutet på raden för det svar du anser vara rätt eller mest stämmer med din uppfattning. Endast vid de frågor där det är särskilt utsatt kan du kryssa för flera svarsalternativ. På vissa frågor önskar vi ett **skriftligt** svar och då framgår detta med linjer att skriva på.

-
1. Vilket år är du född? 19_____
-
2. Kön? Kvinna_____ (1)
Man_____ (2)
-
3. Vilket yrke har du? Läkare specialist_____ (1)
AT_____ (2)
ST_____ (3)
Undersköterska/sjukvårds-
biträde/barnskötare_____ (4)
Sjuksköterska/BMA/
ortoptist_____ (5)
Kökspersonal_____ (6)
Transportpersonal_____ (7)
Städpersonal_____ (8)
Arbetsterapeut_____ (9)
Sjukgymnast_____ (10)
Kurator_____ (11)
Administrativ personal_____ (12)
Läkarsekreterare_____ (13)
Medicinteknisk personal_____ (14)
-
4. Jag arbetar huvudsakligen med Akutvård_____ (1)
Icke-akut verksamhet_____ (2)
-
5. Hur länge har du varit anställd på CSK? Mindre än 2 år_____ (1)
2-5 år_____ (2)
6-10 år_____ (3)
11-20 år_____ (4)
21 år eller mer_____ (5)

Följande frågor handlar om din hälsa.

-
6. Hur tycker du på det hela taget att ditt hälsotillstånd är? Mycket bra_____ (1)
Ganska bra_____ (2)
Varken bra eller dåligt_____ (3)
Ganska dåligt_____ (4)
Mycket dåligt_____ (5)
-

7. Vad får dig att må bra?
*Ange **högst tre** alternativ*

- Bra kost..... (0-1)
Motion.....
Vara tillsammans med
familjen.....
Mitt arbete.....
Utvecklings möjligheter i
arbete eller fritid, t.ex. kurser
Pengar.....
Aktiviteter i friskvårds-
programmet.....

Annat alternativ.....
-

8.
Fråga åtta är ej relevant för studien och är därmed struken.

9. Hur många dagar har du sammanlagt varit hemma från arbetet och varit **sjukanmäld** under de **senaste 12 månaderna** (ange med en siffra 0, 1, 2, 3 etc) _____ dag(ar)

10. Anser du att hälsa är individens eget ansvar?
Ju längre till vänster du placerar ditt kryss desto mer instämmer du med påståendet.

	Instämmer helt				Instämmer inte alls	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande frågor handlar om friskvård i allmänhet och friskvårdsprogrammet "Främja hälsan". Med friskvård menar vi olika aktiviteter som kan göras för att behålla eller förbättra din hälsa, till exempel motionera eller att äta näringsriktig kost.

11. Vad anser du om friskvårdssatsningar i allmänhet?

Mycket bra	<input type="checkbox"/>	(1)
Ganska bra	<input type="checkbox"/>	(2)
Varken bra eller dåligt	<input type="checkbox"/>	(3)
Ganska dåligt	<input type="checkbox"/>	(4)
Mycket dåligt	<input type="checkbox"/>	(5)

12. Vad tycker du om aktiviteterna som friskvårdsprogrammet "Främja hälsan" har att erbjuda?

Mycket bra	<input type="checkbox"/>	(1)
Ganska bra	<input type="checkbox"/>	(2)
Varken bra eller dåligt	<input type="checkbox"/>	(3)
Ganska dåligt	<input type="checkbox"/>	(4)
Mycket dåligt	<input type="checkbox"/>	(5)
Vet ej, känner ej till	<input type="checkbox"/>	(6)

13. Utför du någon form av friskvårdsaktivitet på fritiden, utanför friskvårdsprogrammet?

Ja	<input type="checkbox"/>	(1)
Nej	<input type="checkbox"/>	(2)

14. Under **de senaste 12 månaderna**, i vilken utsträckning har du utnyttjat någon/några av aktiviteterna i friskvårdsprogrammet?

Inte alls	<input type="checkbox"/>	(1)
En till flera gånger i veckan	<input type="checkbox"/>	(2)
En till flera gånger i månaden	<input type="checkbox"/>	(3)
Enstaka gånger	<input type="checkbox"/>	(4)

Om du svarar "Inte alls" gå till fråga 18.

15. Vilken form av aktiviteter i friskvårdsprogrammet har du utnyttjat under de senaste 12 månaderna?

Fysiska aktiviteter, <i>t.ex. Friskis & Sveltis, stavgång, golf...</i>	(1)		(2)
Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Kulturella aktiviteter, <i>t.ex. Teater, dans, konstgalleribesök...</i>			
Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Avslappning, <i>t.ex. Massage, fotvård, SPA-besök...</i>			
Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Övrigt, <i>t.ex. Rabatter i affärer, rökavvänjning, viktlinjen...</i>			
Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

16. Vad är/har varit viktigast för dig när du utnyttjar/utnyttjat aktiviteterna i friskvårdsprogrammet?
Ju längre till vänster du placerar ditt kryss desto mer instämmer du med påståendet. Du får bara sätta ett kryss per påstående.

	Instämmer helt				Instämmer inte alls	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Socialt umgänge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inspiration att komma igång.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lär mig av andra.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig mer benägen att förändra min livsstil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är roligt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får kunskap om att må bra.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag ser hälsa på ett nytt sätt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har blivit mer medveten om min hälsa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lär mig av att göra saker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig mer motiverad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har lättare att hantera vardagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har fått mer information om hälsa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min nyfikenhet ökar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har förändrat min livsstil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Vad motiverar dig till att utnyttja aktiviteterna i friskvårdsprogrammet?
*Ange **högst** tre alternativ*

- Rabatter och förmåner..... (0-1)
 Arbetskamrater.....
 Familj.....
 Vänner utanför arbetet.....
 Ekonomi.....
 Eget intresse.....
 Hälsoinspiratörer.....
 Stöd från chef.....
 Annat alternativ.....

Gå vidare till fråga 20.

18. Du som inte provat aktiviteterna i friskvårdsprogrammet på CSK, skulle du kunna tänka dig att göra det?

- Ja..... (1)
 Nej..... (2)

19. Vilka orsaker finns till att du **inte** utnyttjar aktiviteterna i friskvårdsprogrammet?
*Ange **högst** tre alternativ*

- Fysiska orsaker,
t.ex. smärta och sjukdom..... (0-1)
 Inget intresse.....
 Tidsbrist.....
 Ekonomi.....
 Inget som passar mig
 i häftet "Främja hälsan".....
 Geografiska orsaker.....
 Gör friskvårdsaktiviteter
 på egen hand.....
 Annat alternativ.....

-
20. Om det inte fanns ett friskvårdprogram på CSK skulle du ändå delta i friskvårdsaktiviteter på fritiden, i likhet med dem som presenteras i friskvårdsprogrammet?
- Ja (1)
Nej (2)
Vet ej (3)
Ej aktuellt (4)
-

Här följer ett avsnitt om chefers roll i friskvårdsprogrammet. Med chefer menar vi din närmaste chef. I de första fyra frågorna vill vi veta vad du anser om chefsrollen i allmänhet.

21. Vilka egenskaper anser du att en bra chef ska ha?
*Ange **högst** tre alternativ*
- Tillgänglig (0-1)
Öppen
Pålitlig
Ger feedback
Information ges vidare till arbetsgruppen
Visar omtanke
Flexibilitet (i sin roll som chef)
Skapar dialog
Skapar trivsel/gemenskap
God förebild
-

22. I vilken grad anser du att chefen påverkar arbetsklimatet i på din avdelning?
- I mycket positiv grad (1)
I positiv grad (2)
I varken positiv eller negativ grad (3)
I negativ grad (4)
I mycket negativ grad (5)
-

23. I vilken grad anser du att kommunikationen mellan dig och din chef är öppen på ett sådant sätt att du kan framföra din åsikt?
- I mycket hög grad (1)
I ganska hög grad (2)
I varken hög eller låg grad (3)
I ganska låg grad (4)
I mycket låg grad (5)
-

24. Tar din chef upp friskvårdsprogrammet i medarbetarsamtalen?
- Ja (1)
Nej (2)
Vet ej (3)
-

Fortsätt på nästa sida

25. I detta avsnitt ber vi dig ta ställning till ett antal påståenden. *Ju längre till vänster du placerar ditt kryss desto mer instämmer du med påståendet. Du får bara sätta ett kryss per påstående.*

	Instämmer helt				Instämmer inte alls	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Stämningen är bra mellan din chef och dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chefen är positivt inställd till friskvårdsprogrammet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anser du att din chef i allmänhet engagerar personalen till att använda friskvårdsprogrammet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har blivit motiverad till att nyttja friskvårdsprogrammet av min chef under de tre senaste månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chefen är en god förebild i avseende till friskvårdsprogrammet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är chefs uppgift att informera medarbetarna på din avdelning om friskvårdsprogrammet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan få råd och stöd från min chef om/när jag behöver det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anser du att du kan gå ifrån arbetet t.ex. 15 min innan du slutar, för att hinna till en friskvårdsaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chefen pratar om friskvårdsprogrammet i det dagliga arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chefen pratar om friskvårdsprogrammet på personalträffar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande frågor handlar om din uppfattning om hälsoinspiratörernas roll på CSK

26. Hur är dina kunskaper kring vad rollen som hälsoinspiratör innebär?	Stora.....	<input type="checkbox"/>	(1)
	Ganska stora.....	<input type="checkbox"/>	(2)
	Varken eller.....	<input type="checkbox"/>	(3)
	Inte speciellt stora.....	<input type="checkbox"/>	(4)
	Inga alls.....	<input type="checkbox"/>	(5)
	Vet ej.....	<input type="checkbox"/>	(6)

27. Vad gör hälsoinspiratören på din avdelning?
Flera svar möjliga

Informerar om hälsa..... (0-1)
 Inspirerar/motiverar till
 hälsosammare val.....
 Organiserar hälsoaktiviteter...
 Utbildar inom hälsa.....
 Annat.....
 Vet ej.....

28. Har du tack vare hälsoinspiratören deltagit i
 någon aktivitet i friskvårdsprogrammet?

Ja..... (1)
 Nej..... (2)
 Vet ej..... (3)

29. Hur ser du på hälsoinspiratörens roll? *Ju längre till vänster du placerar ditt kryss desto mer instämmer du med påståendet. Du får bara kryssa i ett kryss per påstående.*

	Instämmer helt				Instämmer inte alls	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Källa till inspiration för ökad hälsa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ger mig dåligt samvete.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som något negativt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ger mig en tankeställare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ger mig energi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gör mig glad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betyder mycket för stämningen på avdelningen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inspirerar och engagerar i frågor som rör hälsa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har arbetskamraternas förtroende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar vara på mina eventuella önskemål gällande friskvårdsprogrammet (t.ex. förslag på aktiviteter).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Ser du någon nytta i att ha en hälsoinspiratör på
 din avdelning?

Ja, mycket..... (1)
 Ja, ganska..... (2)
 Varken eller..... (3)
 Nej, inte speciellt..... (4)
 Nej, inte alls..... (5)
 Vet ej..... (6)

31. Har du blivit inspirerad till hälsosammare
 val i din vardag av hälsoinspiratören?

Ja..... (1)
 Nej..... (2)
 Vet ej..... (3)

32. Hur många gånger har du diskuterat hälsofrågor med
 hälsoinspiratören det senaste halvåret? _____ antal gånger

33. Hur tycker du att hälsoinspiratören på din
 avdelning fungerar när det gäller att förmedla
 kunskap kring hälsofrågor?

Mycket bra..... (1)
 Ganska bra..... (2)
 Varken bra eller dåligt..... (3)
 Ganska dåligt..... (4)
 Mycket dåligt..... (5)
 Vet ej..... (6)

-
34. Motiverar hälsoinspiratören dig till att aktivt delta i CSK: s friskvårdsprogram?
- Ja, mycket..... (1)
Ja, ganska mycket..... (2)
Varken eller..... (3)
Nej, inte speciellt..... (4)
Nej, inte alls..... (5)
Vet ej..... (6)
-

35. Vet du vem som är hälsoinspiratör på din avdelning?
- Ja..... (1)
Nej..... (2)
-

I denna sista fråga har du möjlighet att komma med förslag och åsikter om friskvårdsprogrammet.

36. Har du några idéer eller synpunkter på friskvårdsprogrammet, t.ex. i upplägget eller utformningen av häftet "Främja hälsan"?
-
-
-
-
-

Tack för att du tog dig tid att svara på enkäten! Din medverkan är viktig för undersökningen. Med vänliga hälsningar

*Sara Gadd Andersson
Lisandra Liljenberg
Ann Nilsson
Sofie Nilsson
Heidi Oksenfeld
Sara Säwenmyr*
